Rok LI. Kraków, dnia 30. marca 1912. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O rozpoznawaniu śmierci z uduszenia gwałtownego

podał

Prof. L. Wachholz (Kraków).

Są tematy, które, choć już rozstrzygnięte, nie tracą na aktualnem znaczeniu. Znaczenie ich bywa tem większe, im większa ich praktyczna doniosłość i im mniejsze ich zrozumienie. Do takich tematów należy dyagnostyka śmierci z gwałtownego uduszenia. Gdyby przyszło sądzić o częstości istotnej przypadków gwałtownego uduszenia z częstości rozpoznawania go przez praktycznych lekarzy sądowych, musiałoby się dojść do sądu błędnego, albowiem nigdzie tyle się nie spotyka błędnych rozpoznań, jak właśnie na temat gwałtownego uduszenia. Dlatego usprawiedliwionych będzie tych kilka uwag.

Lekarza sądowego zajmuje przedewszystkiem śmierć z uduszenia gwałtownego, które musi on umieć odróżnić od uduszenia w ogólnem znaczeniu słowa. Między ogólnem pojęciem uduszenia a pojęciem uduszenia gwałtownego zachodzi taka sama różnica, jak np. między pojęciem chorób płucnych a pojęciem zapalenia płuc. Pojęcie uduszenia jest ogólne, zaś pojęcie uduszenia gwałtownego już ściśle ze względu na sposób powstania określone. Przez uduszenie wogóle rozumiemy zniesienie oddechowej wymiany gazów, zakończone śmiercią. Jeżeli rozpatrzymy przeróżne zejścia śmiertelne człowieka, to dojdziemy do przekonania, że ostateczną ich przyczyną jest raz ustanie oddychania, innym razem ustanie czynności serca, czyli w pierwszym razie uduszenie, w drugim razie pierwotne porażenie serca. To uduszenie zaś może być wywołane chorobami np. krtani, płuc, serca i t. d. lub w sposób mechaniczny, gwałtowny tak, jak i porażenie serca może nastąpić pierwotnie z rozmaitych powodów. W tem zatem ogólnem pojęciu rozpoznanie uduszenia jako przyczyny śmierci ma, jak to trafnie zaznaczył Puppe, znaczenie równe rozpoznaniu czyli stwierdzeniu śmierci zaszłej u danego człowieka.

Już więc z tego powodu, że uduszenie może być wynikiem działania najrozmaitszych, ze sobą nic wspólnego nie mających przyczyn, nie podobna spodziewać się jednolitego obrazu anatomicznego dla uduszenia w ogólnem znaczeniu, a właśnie lekarzowi sądowemu o ten obraz chodzi. Z braku odróżnienia pojęcia uduszenia wogóle a uduszenia gwałtownego wynika u lekarza sądowego to błędne przekonanie, że uduszenie musi jako takie mieć swoisty, jednolity obraz anatomiczny, taki, jaki ma np. zapalenie włóknikowe płuc lub np. dur brzuszny i t. d. W początkach praktyki swej zagląda tedy skwapliwie do podręcznika i rozczytawszy się w opisie pośmiertnego stanu narządów osób uduszonych, dochodzi do przekonania, że zawartość w sercu i żyłach wielkich płynnej i ciemnej krwi, przekrwienie płuc, a nadewszystko obecność wybroczyn podopłucnych stanowią klasyczny i niewzruszony stygmat, anatomiczny obraz śmierci z uduszenia, który go tem samem uprawnia do orzeczenia, iż dany człowiek zmarł wskutek uduszenia gwałtownego.

Tymczasem wiemy z doświadczenia codziennego, że zawartość pośmiertna płynnej krwi w sercu i wielkich żyłach zdarza się w przypadkach nagłej śmierci bez względu na jej przyczynę, a więc może ona tak dobrze istnieć przy uduszeniu wogóle, a zatem i przy gwałtownem uduszeniu, jak i przy każdym innym rodzaju śmierci, jeżeli śmierć nastąpiła nagle, nie poprzedzona dłuższem konaniem. Ponadto wiemy, że jak każda reguła, tak i ta dopuszcza wyjątki i nieraz już w notorycznych przypadkach śmierci z gwałtownego uduszenia stwierdzono w zwłokach obecność skrzepów krwi, nawet bezbarwnych. Przekrwienie narządów wewnętrznych, w szczególności przekrwienie opon mózgowych i mózgu oraz płuc może istnieć w przypadkach śmierci zaszłej z różnych przyczyn, a może właśnie nie istnieć w przypadku śmierci z gwałtownego uduszenia. Już Maschka znalazł przekrwienie płuc tylko w 57% swoich przypadków śmierci z uduszenia gwałtownego, Reuter niedawno zaledwie tylko w 18% pokaźnej liczby przypadków, poddanych sekcyi w wiedeńskim zakładzie sądowo-lekarskim. Odnośnie zaś do śledziony, to już Szabiński stwierdził, że bywa ona w większości przypadków śmierci z gwałtownego uduszenia niedokrwiona, a spostrzeżenie to potwierdził w całości Reuter. W ten sposób odpada znaczenie drugiej wrzekomej cechy anatomicznej uduszenia gwałtownego. Nie lepiej przedstawia się znaczenie wybroczyn pod błonami surowiczemi, które Tardieu uznał za znamienne (patognomoniczne) dla uduszenia przez zatkanie otworów oddechowych. Dziwna zaiste rzecz, jak wszelkie na pomyłce oparte zdania i sądy w lot się przyjmują i jak mimo ich obalenia dalej się snują z pokolenia w pokolenie. Gdyby Tardieu był wiedział, że błędny jego sąd będzie tak długo po sprostowaniu go nawet podstawą stanowczych orzeczeń lekarskich, które pociągają następnie osoby niewinne do ciężkiej odpowiedzialności sądowej, byłby mógł

się przekonać na sobie o prawdziwości słów Göthego: »Czegoś nieświadom, tem mogłeś usłużyć, to czegoś świadom, nie dało się użyć«. A więc nie da się użyć obecności wybroczyn podsurowiczych jako dowodu śmierci z uduszenia gwałtownego, bo spotyka się je bardzo często i to w przypadkach, nie mających nic wspólnego z uduszeniem gwałtownem, a nawet z uduszeniem w ogólnem znaczeniu słowa; wszakże A. Schulz zauważył je nawet u zwierząt, padłych wskutek pierwotnego porażenia serca po otruciu strofantyną, a Haberda u człowieka, który także zmarł z pierwotnego porażenia serca.

A więc niema żadnych anatomicznych wewnętrznych cech, któreby uprawniały znawcę do rozpoznania uduszenia w ogólnem znaczeniu słowa. Zresztą, jak już na wstępie zaznaczyłem, rozpoznanie ogólne uduszenia nie dowodzi nic nad to, że w danym przypadku nastąpiła śmierć. Jeżeli atoli mamy rozpoznać uduszenie, wywołane mechanicznym zewnętrznym gwałtem, to musimy stwierdzić anatomiczne zmiany, gwałtem tym wywołane, a więc obrażenia, dowodzące czy to zagardlenia w jego różnych odmianach (powieszenie, zadzierżgnięcie, zadławienie), czy to zatkania ust i nosa, czy też wreszcie inne zmiany, dowodzące zniesienia możności oddychania, np. zatkania krtani ciałami obcemi, zmiany, dowodzące utopienia i t. d. W braku takich zmian, dowodzących gwałtownego uduszenia, może znawca sądowy przy ujemnym zresztą wyniku sekcyi, — a wynik ujemny sekcyi zachodzi także i wówczas, jeżeli się stwierdzi zawartość płynnej krwi w sercu i naczyniach żylnych, przekrwienie mózgu lub płuc i wybroczyny podsurowicze, — oświadczyć się za uduszeniem gwałtownem jako za przyczyną śmierci, jeżeli uduszenia takiego dowodzić będą śledztwem sądowem stwierdzone okoliczności, wśród których śmierć danej osoby nastąpiła. Odnosi się to najczęściej do uduszenia niemowląt przez okrycie ich ust i nosa miękkim przedmiotem, np. pościelą, chustką, lub, jak to wedle opisu Okamoty czynią japońskie dzieciobójczynie, zapomocą zwilżonego wodą japońskiego, nieprzepuszczalnego papieru. W tych przypadkach braknie zazwyczaj na zwłokach uduszonych dzieci zmian, któreby stanowiły dowód w ten sposób dokonanego uduszenia. To też rozpoznanie uduszenia ich może być dokonane tylko wtedy, gdy śledztwo sądowe stwierdzi, że usta i nos były okrywane miękkim przedmiotem. A jeżeli także śledztwo sądowe wypadnie ujemnie, wówczas może znawca orzec, że ze stanowiska lekarskiego nie można wykluczyć możliwości uduszenia przez zatkanie ust i nosa miękkim przedmiotem, jakkolwiek ani sekcya ani śledztwo nie złożyły ku temu pozytywnego dowodu. Ponieważ w mowie będące przypadki uduszenia przez zatkanie ust i nosa wydarzają się przeważnie u noworodków i osesków, (człowiek dorosły stawi opór, wobec czego znajdą się na jego zwłokach obrażenia, dowodzące tego oporu), przeto zaznaczyć trzeba, że u nich bardzo często przyczyną śmierci bywa nieżyt oskrzelowy. W razie zaś stwierdzenia nieżytu oskrzelowego, nie ograniczonego, lecz rozlanego, a braku dowodów uduszenia gwałtownego przez zatkanie ust i nosa, odpada myśl o uduszeniu gwałtownem, a pozostaje konkretna zmiana, t. j. rozlany nieżyt oskrzeli jako przyczyna naturalnej śmierci. Niestety, przeciętny znawca albo nie zadawał sobie trudu zbadać, czy takiego nieżytu nie było, albo w niezrozumiałej pogoni za sensacyą, względnie za dopatrywaniem się zbrodni lub występku tam, gdzie tego nie ma, podaje stereotypowo brzmiące orzeczenie, że płynna krew zwłok, przekrwienie płuc, i wybroczyny podopłucne, sekcyą stwierdzone dowodzą, iż sekcyonowane dziecię zmarło z uduszenia przez zatkanie ust i nosa miękkim przedmiotem lub stwierdziwszy nawet taki nieżyt oskrzelowy orzeka, że mimo to nie można wyłączyć możliwości w ten sposób dokonanego uduszenia. W tym ostatnim razie zapomina o tem, że wobec tak daleko posuniętej skrupulatności nie powinien możliwości takiego uduszenia wyłączyć w żadnym przypadku śmierci dziecka, nawet, gdyby sekcyą stwierdził szereg znanych mu anatomopatologicznych zmian, np. obustronne włóknikowe zapalenie płuc; wszakże i wtedy mogłoby dziecko dane umrzeć z uduszenia przez zatkanie ust i nosa, zanimby śmierć w sposób naturalny z zapalenia płuc nastąpiła! Lekarz sądowy musi umieć myśleć logicznie i prosto, nie szukać prawdy daleko, gdy ona jest tak mu blizko daną. Nie fantazya, lecz trzeźwość sądu jest ozdobą i powinnością sądowego znawcy.

Dwa przypadki ciąży brzusznej

podał

Dr Adam Czyżewicz (Lwów).

Przeświadczenie o możliwości rozwoju ciąży z zewnątrz macicy datuje się od bardzo dawna. Początkowo nie wdawano się w rozpoznawanie jej siedziby, nie mając do rozporządzenia tych środków badania, jakie dziś daje nauka, później, w połowie pierwszej XIX wieku, nauczono się rozróżniać formę ciąży jajowodowej, rozwijającej się w jajowodzie i formę brzuszną, będącą bez wyraźnego związku z narządem rodnym. Ponieważ wydawało się rzeczą niemożliwą, aby ściany delikatnego i wązkiego jajowodu mogły uledz tak znacznemu przerostowi i rozdęciu, iżby utworzyć mogły jamę, zdolną pomieścić rosnące jaje płodowe, tem mniej jaje przy końcu ciąży, przeto ustalono ogólne prawidło, że przy ciąży jajowodowej jajowód prędzej albo później pęknąć musi, co ipso facto odbiera jaju możność dalszego odżywiania się i wiedzie do jego obumarcia. Że jednak już wówczas znano przypadki donoszenia ciąży zewnątrzmacicznej przy niepękniętem jaju płodowem, przeto przypadki te wszystkie zszeregowano pod jedną nazwę ciąży brzusznej, zaznaczając przez to, że była ona usadowiona poza obrębem macicy i jajowodu. Powoli utarło się zdanie, że o ile przy ciąży zewnątrzmacicznej przyszło do pęknięcia, była to ciąża jajowodowa, o ile kobieta donosiła, ciąża brzuszna. I nawet wyłaniające się coraz częściej spostrzeżenia, że otoczka takiej ciąży brzusznej składa się czasem ze zlepionych narządów sąsiednich, czasem z błon samych lub znowu z pokładów mięśni, nie zdołały przykuć uwagi ogólnej i skłonić do szukania przyczyny tych rozmaitych stosunków. Przyjmowano poprostu, że osłonka jaja, rozwijającego się poza obrębem jamy macicy, powstaje ze złogów włóknika, początkowo wiotkich, później coraz lepiej zorganizowanych i że ma nawet zdolność wytwarzania włókien mięsnych.

Przez takie kategoryczne zdanie, padające z ust pier-

wszych powag naukowych, zamykano przez długi czas drogę do badań i spostrzeżeń ścisłych, mogących rzucić jakieś światło na zawiłą sprawę pochodzenia i rozwoju ciąży zewnątrzmacicznej.

Nie dziw, że wobec powyższego podziału i powyższych pojęć, podawano duże stosunkowo cyfry przypadków ciąży brzusznej, a w roku 1859 zestawił ich jeszcze Hecker 132, przeciwstawiając im zaledwie 64 przypadków ciąży jajowodowej. Cyfry te odpowiadały w zupełności panującym poglądom i nie dziwiły nikogo.

W roku 1845 zaczyna się ruch na polu powyższem, a jego zawiązkiem stała się myśl, rzucona w tym roku przez M. Mayera, żądająca określania rodzaju ciąży zewnątrzmacicznej według usadowienia łożyska, w przypuszczeniu, że miejsce to, jako odżywiające jaje od pierwszej chwili, musi także być miejscem pierwotnego przyczepu. Nie położenie jaja płodowego, nie rozwój jego w danem środowisku, ale miejsce, skąd czerpało soki żywotne, miejsce, gdzie przyczepiło się łożysko, miało być odtąd miarodajnem dla słownictwa i podstawowych pojęć ciąży zewnątrzmacicznej. Zasada, która do dziś dnia stanowi podstawę spostrzegania, która już wtedy powinna była rzucić właściwe światło na sprawę ciąży zewnątrzmacicznej i która stworzyła właściwe podwaliny obecnego stanu nauki w tej sprawie, przyjęta została początkowo nieufnie. Dopiero gdy w r. 1870 Spiegelberg opisał pierwszy przypadek donoszonej ciąży w ampułce jajowodu i stwierdził przez to, że nie każda ciąża jajowodowa pęknąć musi i nie każda donoszona musi być brzuszną, myśl Mayera nie znalazła już opozycyi.

Z chwilą ustalenia nowej klasyfikacyi, coraz rzadziej spotkać się można z rozpoznaniem ciąży brzusznej, coraz częściej odzywały się głosy, że dawniej opisane przypadki nią nie były, a fałszywe rozpoznanie polegało na błędnej lub niedostatecznej obserwacyi. Zapisków dokładnych zazwyczaj nie było, w wielu razach brakło badań podstawowych, te zaś przypadki, które skrupulatnem spostrzeganiem umożliwiały zastanawianie się i krytykę, okazywały się inną postacią ciąży zewnątrzmacicznej, nie brzuszną. Powoli z coraz większym sceptycyzmem zapatrywano się na nią i wyłaniały się coraz częściej uwagi z najpoważniejszych ust, podające w wątpliwość nietylko istnienie ciąży brzusznej, ale nawet możliwość jej rozwoju. Jaje ludzkie może się przyczepić i rozrosnąć tylko na błonie śluzowej którejś części narządu płciowego, poza nim nie znajduje podłoża korzystnego, bo tylko narząd płciowy jest zdolny wytworzyć doczesną, konieczną do implantacyi. To było ogólnie przyjęte pojęcie, które weszło w miejsce dawniejszego.

Do roku 1890 nie znaleziono ani jednego przypadku mogącego udowodnić możliwość ciąży brzusznej i odnośne piśmiennictwo z tych czasów nie wchodzi nawet w rachubę. W późniejszych latach nierzadko pojawiały się opisy przypadków operowanych lub sekcyonowanych, — inne z góry już nie mogły być dowodem — nie było jednak nikogo, ktoby bezstronnie zszeregował wszystkie podane przypadki i ziarno oddzielił od plewy. Pracy tej podjął się dopiero w r. 1903 Veit dla X. Zjazdu Towarzystwa ginekologów niemieckich w Würzburgu. Szereg jego gruntownych badań dał, jako wynik, dewizę, że »ciąża brzuszna nie zdarza się u ludzi, a przynajmniej dotąd nikt jej istnienia bez zarzutu nie udowodnił«. Z setek ogłoszonych opisów nie ostał się ani jeden i nadal brak było ciągle tego »pierwszego« przypadku, któryby dopiero pozwalał ewentualnie uznać wiele innych, mniej lub więcej wątpliwych.

Krytyka Veita tak jest zasadnicza i tak szczegółowa, że chciałbym ją na tem miejscu pokrótce streścić. Obejmuje ona odnośne piśmiennictwo w czasie od r. 1890 do r. 1903. Zależnie od rodzaju i istoty przypadków, oraz ścisłości spostrzegania, dzieli Veit opisy na następujące grupy:

1. Publikacye, w których autorowie sami podają, że jaje pierwotnie było usadowione w jajowodzie. Należą tu przypadki Warda, Taylora, Lediarda, Wilkego, Neugebauera, M. de Léona, C. v. Tussenbroek, Bäckera, Marchanda, Tótha i Dolerisa.

2. Przypadki, w których brak danych, potrzebnych do zbudowania rozpoznania bezwzględnie ścisłego, tak że nawet nie próbowano przeprowadzenia dowodu. Należą tu spostrzeżenia Butterfielda, Chandeluxa, Czempina, Boveego, Masudy, Leego, Hillsmana, Wilsona, Haynesa, Mc. Nutta, Mecka, v. Cackovica, Fairchilda, Kreutzmanna, Largego, Sacrego, Fraiponta i Rochela.

3. Przypadki wątpliwe, które możeby mogły być uznane za ciążę brzuszną, gdyby jej istnienie wogóle było udowodnione, które jednak same przez się dowodu tego nie dostarczają. Są to przypadki Centnera, Reina, Sutugina, Houzela, Elischera, Muratowa, Taylora, Ashtona, Doktora, Bianchiego, Witthauera i Galabina.

Przypadku dowodowego, jak wyżej wspomniałem, Veit nie znalazł, a taksamo nie znalazł przypadków pewnej ciąży brzusznej u zwierząt, choć tu jako nie fachowy nie chciał stanowczego zabierać głosu. Stąd doszedł do wniosku, że »choćby zresztą wynik badań u zwierząt był jakikolwiekbądź, przecież u ludzi dotychczas nie udowodniono, bez zarzutu, istnienia pierwotnej ciąży brzusznej«.

Opierając się na zdobytym materyale, poszedł jednak Veit dalej i po raz pierwszy ściśle ustalił warunki, bezwzględnie wymagane dla przypadku dowodowego, streszczając je w następującem zdaniu: »Przypadkiem dowodowym może być jedynie tylko taki, w którym znaleziono w jamie brzusznej żywe jaje z łożyskiem, wykazującem żywy związek z otrzewną, bez jakiegokolwiek współudziału jajowodów lub jajników« [1]). Powyższe zdanie stało się alfą i omegą wymaganych warunków, bez ujmowania mu choćby słowa.

W rok później opracował tensam temat Werth i podobnie jak jego poprzednicy, doszedł do przeświadczenia, że »w dotychczasowem piśmiennictwie nie znalazł ani jednego spostrzeżenia, w którem byłby przeprowadzony dowód pierwotnego usadowienia się jaja na otrzewnej«. Co do możności ciąży brzusznej zapatruje się nieco więcej optymistycznie, niż Veit, choć sam podnosi łatwość myłek w rozpoznaniu, ze względu na możliwe odsznurowanie się części narządu rodnego wraz z jajem płodowem i dalsze odżywianie przez zrosty, ze względu na ciążę strzępka jajnikowego, ciążę w uchyłkach macicy, lub dalszy rozwój jaja po poronieniu do jamy brzusznej, co wszakże nie wydaje się

[1]) »Nur solche Eier, die lebend in der Bauchhöhle gefunden werden und deren Placenta, ohne jede Betheiligung der Tuben, oder der Ovarien mit dem Peritoneum in lebendiger Verbindung sich befindet, sind als beweiskräftig anzusehen«.

prawdopodobnem. Dochodzi więc do przekonania, że choć dotąd istnienia ciąży brzusznej nie udowodniono, możnaby w rozumowaniu teoretycznem przyjąć, że otrzewna, zwłaszcza zapalnie zmieniona, mogłaby stworzyć warunki, potrzebne do usadowienia się i rozwoju jaja. Przypadki takie, o ile istnieją, należą w każdym razie do białych kruków.

W późniejszych czasach brak znowu pracy, rejestrującej krytycznie ogłaszane spostrzeżenia, starające się już teraz zawsze wypełnić warunki, stawiane przez Veita. Z ogólnych uwag zaledwie dwa głosy znalazłem, a to Jarzeffa, wyrażający przekonanie, że jest rzeczą obojętną, czy ciąża brzuszna jest pierwotną, czy drugorzędną, i że do ustalenia ciąży brzusznej wystarcza sam fakt związku jaja z otrzewną przez czas jakiś zapomocą kosmków i jego rozwoju w tem miejscu, — i klasyfikacyę ściśle naukową Rosnera. Proponuje on podział na:

1. ciążę brzuszną pierwotną, w razie usadowienia się jaja wprost na otrzewnej;

2. ciążę zewnątrzmaciczną z następowym brzusznym rozwojem płodu, przyczem tylko płód został wydalony z narządu rodnego, łożysko zaś zostało w dawnem miejscu;

3. ciążę brzuszną następową martwą, w razie poronienia obumarłego jaja do jamy brzusznej i następowego powrotu miejsca łożyskowego do prawidłowego stanu;

4. ciążę brzuszną przeszczepioną, w razie poronienia żywego jaja do jamy brzusznej, następowego przyczepienia się do otrzewnej i wolnego tamże rozwoju.

Możliwość ostatniej grupy uzasadnia Rosner faktem, że razem z poronionem jajem wylewa się pewna ilość krwi, która utrzymywana w stanie płynnym, może je żywić tak długo, aż nowe usadowienie się nie będzie faktem dokonanym.

Na ogół więc oba powyżej przytoczone zdania nie zmieniają zupełnie wymagań, postawionych przez Veita, a tylko uzupełniają je i rozwijają dalej. Pierwsze z nich należy uważać za zupełnie słuszne, gdyż we wczesnych okresach ciąży, gdzie właściwie jedynie znaleść można warunki, wymagane przez Veita, już teoretycznie rozumując, nie będzie można nigdy twierdzić z całą pewnością, że jaje, znalezione w brzuchu, ani chwili nie było np. w jajowodzie, o ile w jajowodzie żadne nie pozostały ślady. Odróżnienie ciąży brzusznej pierwotnej Rosnera i przeszczepionej w takich razach a priori jest w praktyce niemożliwe i wymaganie tego rozróżnienia wiodłoby tylko do absolutnego uniemożliwienia przeprowadzenia dowodu istnienia pierwotnej ciąży brzusznej. O ciąży przeszczepionej możnaby — zdaniem mojem — mówić tylko wtedy, gdyby udowodnić zdołano w danym przypadku ślad poprzedniego usadowienia pierwotnego. Bez tego dowodu należy miejsce łożyskowe uważać za miejsce przyczepu pierwotnego, według zasad, przyjętych dla wszystkich innych rodzajów ciąży. W każdym razie zarówno ciąża brzuszna pierwotna, jak i przeszczepiona, mają klinicznie i naukowo to samo znaczenie, gdyż, stwierdzając możliwość rozwoju jaja na otrzewnej poza narządem płciowym i bez żadnego z nim związku, udowadniają się nawzajem.

Jak wyżej wspomniałem, stwierdziły monografie Veita i Wertha, że do chwili ich publikacyi przypadku dowiedzionej ciąży brzusznej nie znano. Należy więc przedewszystkiem, patrząc z punktu widzenia formułki Veita stwierdzić, czy nie udowodniły jej przypadki później ogłoszone. Nie było ich wiele. I tak:

1. Albertin z Lyonu ogłosił w roku 1903 przypadek w którym przez laparotomię wydobył torbielowaty guz, zawierający żywy płód 5-miesięczny. Łożysko w tym przypadku było usadowione na wątrobie. Pomimo, że chora zmarła w 24 godzin po zabiegu, nie przeprowadzono badania drobnowidowego wątroby jako podłoża łożyska, a przynajmniej nie podano tego opisu. Brak ten, najważniejszy dla ocenienia związku jaja z podłożem, stanowczo nie pozwala na zużycie przypadku.

2. Asa B. Davis z New-Yorku wydobył w roku 1910 z jamy brzusznej płód długości 8 cm. i znalazł jego łożysko na prawem więzadle szerokiem; nie badał drobnowidowo i zrobić tego nie mógł, pozostawiwszy podłoże łożyska. To samo już wyłącza ten przypadek — tem bardziej, że jaje, usadowione na więzadle szerokiem, bardzo łatwo mogło być w związku z jajowodem, jajnikiem, strzępkiem jajnikowym lub trąbką dodatkową, czego wszystkiego opis nie wyklucza.

3. Gröné z Malmö ogłosił w roku 1909 przypadek, w którym wobec krwotoku wewnętrznego otwarto jamę brzuszną i usunięto krwawiące miejsce na otrzewnej ściennej miednicy, oraz dwa luźne ciałka, wielkości orzechów, z zatoki Douglasa. Drobnowidowo badane okazało się pierwsze miejscem przyczepu jaja, w którem znaleziono komórki Langhansa i syncytyalne, bez wyraźnych kosmków i w stanie obumierania; ciałka zaś z zatoki Douglasa były zmienionem, obumarłem jajem płodowem, bez płodu. Pomimo, że autor uważa sam swój przypadek za ciążę brzuszną, przyznaje, że nie odpowiada ona wymogom Veita; jeżeli się zaś uwzględni obumarcie jaja płodowego i niemożność wykazania nietylko żywego, ale wogóle żadnego związku jaja z podłożem, stanie się jasnem, że mu do spełnienia warunków bardzo daleko.

4. Gutiérrez z Madrytu usunął w r. 1904 guz, zawierający czekoladowe masy i donoszony zmiękczały płód, wobec prawidłowego narządu rodnego i prawego jajowodu drożnego dla zgłębnika. Niemożność wykazania związku łożyska z podłożem wobec pozostawienia tego ostatniego i wobec dawnego obumarcia jaja nie pozwala na zużycie przypadku.

5. I. F. M Hammacher z Asterdamu wyciął w r. 1910 wobec krwotoku wśródbrzusznego pęknięty jajowód i znalazł następowo w okolicy tego pęknięcia, na otrzewnej i tuż pod nią resztki kosmków, przy niezmienionem świetle jajowodu. Ze względu na formułkę Veita brak żywego jaja wyłącza już ten przypadek. Nadto zaś nie można wykluczyć możliwości przewędrowania jaja przez ścianę jajowodu z następowem zamknięciem się nad niem błony śluzowej, co jest rzeczą znaną ogólnie.

6. Jarzeff usunął w r. 1907 na drodze pochwowej z zatoki Douglasa płód długości 1 cm. i worek krwisteku, lewy jajowód i oba jajniki, zawierające torbiele skórzakowe. Jajowód prawy był prawidłowy i przy jego ujściu brzusznem znaleziono miejsce przyczepu jaja. Drobnowidowo nie znaleziono w lewych przydatkach składników jaja płodowego, w samem zaś jaju stwierdzono owodnię i kosmówkę, otoczoną błoną łącznotkankową, zastępującą doczesną, nie zawierającą jednak komórek doczesnej. Błony tej nie uważa autor za wytwór zapalny, a związek z nią kosmków doprowadza go do rozpoznania ciąży brzusznej. Krytycznie wysuwa się przedewszystkiem zarzut, że przy operacyi od strony pochwy, zwłaszcza wobec tak rozległych zmian chorobowych przydatków, nie może być wogóle mowy o dokładnej oryentacyi; dalej niema żadnego dowodu, czy jaje to wogóle rozwijało się w zatoce Douglasa, a nie leżało tu tylko poronione. O wykazaniu ścisłego, żywego związku z podłożem nie można mówić, boć przecież trudno za podłoże uważać otoczki krwisteku, a miejsce usadowie-

nia się pozostało razem z jajowodem. Wreszcie samo miejsce przyczepu tuż przy ujściu brzusznem jajowodu odpowiada ciąży strzępka jajnikowego, i to w najlepszym rażie, bo i zwykłej ciąży jajowodowej, wobec długiego czasu, jaki był potrzebny na wytworzenie się otorbionego krwisteku, wykluczyć nie można.

7. Link z Gdańska wydobył w r. 1905 krwawy torbiel wielkości jabłka, usadowiony w zatoce Douglasa, a zewsząd otoczony otrzewną, przy prawidłowym narządzie płciowym. Badanie drobnowidowe wykazało związek kosmków z otrzewną.

Przypadek ten niezbyt już zbacza od wymagań Veita. Wyłącza go wszakże brak żywego jaja, bo znaleziono tylko pojedyncze części, dalej istnienie otorbionego już kwisteku, co świadczy o istnieniu krwawień przez dłuższy czas, i wreszcie fakt ułożenia jaja tak blizko przydatków, że nie mógłbym wyłączyć ciąży strzępka jajnikowego.

8. Lovrich z Budapesztu ogłosił w r. 1906 przypadek, w którym usunięto z brzucha guz, zawierający dawno obumarły, donoszony płód i łożysko, przyczepione na tylnej ścianie więzadła szerokiego, przy prawidłowym narządzie rodnym. W ścianach guza nie znaleziono śladu jajowodu lub jajnika.

Przypadek nie do użycia wobec martwego jaja i braku badań drobnowidowych, tembardziej, że sam Lovrich w drugiej, późniejszej publikacyi określa go, jako ciążę w jajowodzie dodatkowym.

9. P. W. Michin z Charkowa usunął w r. 1905 prawie donoszone jaje, leżące wśród licznych zrostów z trzewiami, usadowione łożyskiem na przedniej ścianie macicy. Związku jaja z przydatkami nie było. Drobnowidowych badań brak, co nie pozwala na zużycie przypadku.

10. A. Rosner z Krakowa podaje w roku 1910 dwa przypadki. W pierwszym z nich znaleziono guz na tylnej ścianie więzadła szerokiego, z przyrośniętymi przydatkami, lecz bez związku z nimi. Guz ten zawierał wśród skrzepów świeży płód dług. $2-2^1/_2$ cm. Usunięto go wraz z prawym jajowodem, poczem badanie drobnowidowe wykazało w tym jajowodzie brak jakichkolwiek objawów ciąży. W przypadku drugim, wobec krwotoku przy prawidłowym narządzie płciowym, znaleziono w zatoce Douglasa miejsce krwawiące miąższowo. Zatamowano krwotok i usunięto lewy jajowód, nie znaleziono w nim jednak składników jaja płodowego, jak wogóle jaja nigdzie nie znaleziono.

W przypadku pierwszym tylko jedynie brak wykazanego związku jaja z podłożem, co zresztą sam autor podnosi, nie pozwala na uznanie go za dowodowy, drugi w wielu punktach odbiega od wymagań Veita.

11. L. Seeligmann z Hamburga znalazł w r. 1906 donoszone jaje płodowe z łożyskiem, usadowionem na woreczku żółciowym i wątrobie. Usunął płód, pozostawiając łożysko, które powoli wyropiało, co naturalnie uniemożliwiło wykonanie badań drobnowidowych i zużycie przypadku.

12. Vallois z Montpellier usunął w r. 1904 jaje płodowe, przyczepione do krezki kątnicy, nie podaje jednak żadnych dowodów. Wobec pozostawienia podłoża nie były one zresztą możliwe do przeprowadzenia. Dlatego też i ten przypadek nie dowodzi istnienia ciąży brzusznej.

13. V. Vincenzo znalazł w r. 1905 w prawej zatoce biodrowej guz, zawierający płód 22 cm. długi, częściowo skamieniały, wykazujący na jednym biegunie ciało gąbczaste, odpowiadające łożysku. Drobnowidowo znaleziono tu pasma tkanki łącznej, otoczone przestrzeniami pełnemi krwi, które autor uważa za przeobrażone kosmki. Owodni, kosmówki, ani doczesnej wogóle nie znaleziono.

W przypadku powyższym jaje było tak stare, że mógł się wytworzyć płód skamieniały, a kosmków ani błon nie znaleziono. Niema więc mowy o wykazaniu »żywego związku« jaja z podłożem, a najprawdopodobniej chodzi o jaje dawno poronione do jamy brzusznej.

Powyżej przytoczone przypadki pochodzą z ostatnich czasów, już po sformułowaniu wymagań Veita. Jedne z nich odbiegają od nich daleko, tak, że nawet w razie wykazania możliwości istnienia ciąży brzusznej, nie mogłyby być zaliczone do tej grupy, inne zbliżają się coraz bardziej, najwięcej może pierwszy przypadek Rosnera. Przy ścisłej krytyce żaden jednakże nie posiada wszystkich warunków wymaganych i stąd żadnego nie można uważać za ten pierwszy, któryby stanowił niezbity dowód możliwości istnienia ciąży brzusznej. Dotychczas więc sprawa stoi w tensam sposób, co w r. 1904, i można razem z Veitem i Werthem i dziś powtórzyć, że nie podano ani jednego przypadku. któryby niezbicie udowadniał istnienie brzusznej ciąży. Można jednak i z drugiej strony zaznaczyć, że wiele przypadków zdaje się za nią przemawiać i — wstecz rozumując — trzebaby niektóre za nią uznać, gdyby się znalazł ten pierwszy, dowodowy.

W mojej działalności lekarskiej spotkałem się dwukrotnie z przypadkami, z których jeden zachwiał mą wiarę w nieistnienie ciąży brzusznej, drugi zaś zniszczył ją doszczętnie. Podaję opis ich historyi choroby, chronologicznie postępując.

1) A. E. 28-letnia, z Tłumacza, zgłosiła się 16 czerwca 1909. Zamężna od 10 lat, nie rodziła, ani nie roniła. Pierwszy peryod miała w 16. roku życia, następnie mniej więcej co 6 tygodni, przez 5 dni trwający, miernie silny, bez bólów. W 17. roku życia zatrzymał się raz na trzy miesiące, poczem wystąpił silny, ze skrzepami. Od tego czasu regularnie co 4 tygodnie przez 3—4 dni z małymi bolami w początku krwawienia. Wyjątkowo tylko pojawiał się przez krótki czas co 2 tygodnie, trwając wtedy każdorazowo po 4 dni, ze skrzepami i bolami. Ostatni peryod 16—20 czerwca 1908, poczem zaraz wystąpiły nudności, wymioty i kilkodniowe kurcze dołem brzucha. 3—7 sierpnia 1908 pojawiły się krwawe plamy, a odtąd znów kurcze dołem brzucha, co obok nudności i wymiotów trwało około 4 miesięcy, licząc od końca czerwca 1908. Później czuła się pacyentka zdrową. 16—30 listopada 1908 odchodziła z części rodnych blado-różowa woda w dość znacznej ilości, co nawet zmusiło chorą do położenia się do łóżka. Po wstaniu zauważyła wzrastanie brzucha bez żadnych dolegliwości, co potwierdziło jej przypuszczenie ciąży. Równocześnie z odpływem wody, tj. 16 listopada 1908, poczuła także pierwsze ruchy i wyczuwała je odtąd stale. 1 marca 1909 pojawiły się nagle bole w krzyżach i dołem brzucha, co trwało przez 3 dni. 5 marca 1909 odeszła biała błonka, a potem zaraz płaski skrzep wielkości dłoni. Po jego odejściu ustały zupełnie bole. Dopiero 1 kwietnia 1909 wystąpiły na nowo, tym razem jednak kurczowe w przerwach co 5 minut, usadowione w dole brzucha po stronie lewej. a połączone z bardzo silnem rzucaniem się płodu. Po 3 dniach ustały bole i ruchy płodu i odtąd już więcej ruchów nie czuła.

Wśród tych ostatnich przejść, które początkowo uważano za poród, badała położna i stwierdziła otwarcie macicy na koronę przy ukośnem położeniu płodu. Mimoto lekarza nie wzywano.

Po ustaniu bolów leżała pacyentka 2 tygodnie w łóżku, bez gorączki, mając odchody krwawe ze skrzepami. Brzuch zmniejszył się w tym czasie, pozostając jednak zawsze jeszcze stosunkowo dużym. Po wstaniu czuła się

zdrową, a tylko ciężar brzucha utrudniał chodzenie. 14 maja udała się do lekarza, który rozpoznał ciążę i obliczył poród za 4 tygodnie. Gdy jednak poród w tym czasie nie nastąpił, przyjechała pacyentka do Lwowa dla zasięgnięcia tu porady lekarskiej.

Mąż chorej przebywał przed ślubem wiewióra, ona sama cierpiała przez krótki czas po ślubie na upławy, które jednak ustały bez leczenia.

Badanie wykazało, co następuje: Chora silnie zbudowana, dobrze odżywiona, czerstwa, czerwona na twarzy. Ciepłota, tętno i oddech prawidłowe. W sutkach siara. Płuca w granicach prawidłowych, bez zmian klinicznych. Serce nie rozszerzone. Tony czyste, prócz nieznacznego podmuchu skurczowego, słyszalnego nad wszystkiemi ujściami.

Brzuch jednostajnie wzdęty, niebolesny. Linia środkowa pod pępkiem ciemno zabarwiona. Wątroba niepowiększona, nieco wyparta ku górze. Śledziona niemacalna, opukowo niepowiększona.

W brzuchu czuć guz wielkości macicy ciężarnej w 7—8. miesiącu, wychodzący z miednicy małej, niebolesny, nieruchomy. Guz ten leży w linii środkowej i sięga prawie do łuku żebrowego. Przy głębszem obmacaniu czuć, że składa on się z kilku guzów pomniejszych, złączonych ściśle ze sobą, a odpowiadających częściom płodu. I tak, po stronie prawej nad pępkiem czuje się jakąś część większą, po lewej części drobne, pod pępkiem po prawej opór, odpowiadający grzbietowi. Wszystko to czuje się dokładnie, jakby tuż pod skórą. Pod pępkiem staje się guz coraz mniej wyraźny, daje się wyczuć już tylko jako całość, gubiąca się w miednicy małej; części płodu osobno odróżnić już nie można. Odgłos opukowy nad guzem wszędzie stłumiony, zresztą jawny bębenkowy. Osłuchując, stwierdzić można tylko ruchy robaczkowe jelit i tętno aorty. Tonów płodu, ani szmeru łożyskowego nie słychać.

Badanie oburęczne wykazuje: Srom dość wązki, zasiniony, pokryty skrzepłą wydzieliną. Sklepienie tylne wypuklone, inne wklęsłe. Cześć pochwowa miernie rozpulchniona, mało zasiniona, nieco uniesiona ku górze, przyciśnięta do przedniej ściany miednicy kostnej i nieco przesunięta na lewo. Trzon macicy niepowiększony, przyciśnięty do przedniej i lewej ściany miednicy, w przodozgięciu, niebolesny, nieruchomy, ściśle zrośnięty z przednią ścianą guza. Ujście zewnętrzne okrągłe, zamknięte. W niem czopek jasnego śluzu. Za macicą czuć miękki, okrągły guz, wypuklający tylne sklepienie, a będący dolnym odcinkiem guza brzusznego. Żadnych części płodu wyczuć w nim nie można.

Zgłębnik wykazuje jamę macicy gładką, długą na 8 ctm.

Wobec powyższego wyniku badania rozpoznano przenoszoną ciążę zewnątrzmaciczną z obumarłym płodem i postanowiono usunąć ją na drodze operacyjnej. Zabieg ten wykonałem 21. czerwca 1909 o godz. $8^1/_2$ rano. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, przy silnie obniżonej górnej połowie ciała, otworzyłem brzuch cięciem w linii środkowej, sięgającem ku górze na dłoń wyżej pępka, ku dołowi do spojenia łonowego. W ranę wstawił się odrazu płód, ułożony w ten sposób, że ku przodowi, w wysokości pępka znajdowały się nóżki, po stronie prawej, nad pępkiem pośladek, po tej samej stronie, więcej od tyłu grzbiet. Główka leżała w linii środkowej tuż pod pępkiem. Do płodu ze wszystkich stron przyrastała sieć i pętle jelit. Przeważnie były to zrosty wiotkie, dające się odłuszczyć na tępo i nie krwawiące, tu i ówdzie jednak postronkowate, silnie unaczynione, utworzone przez sieć i przydatki sieciowe. Te ostatnie trzeba było podwiązywać i przecinać. Cały tułów płodu leżał w jamie brzusznej, nie pokryty żadnemi błonami, główka była otoczona osłonką grubości 2—3 mm., kruchą, utworzoną przez bezpostaciową błonę, kończącą się na wysokości bródki, płaszczyznowo zrośniętą z otoczeniem. Błonka ta pokrywała całą główkę i tworzyła na szczycie jej pierścieniowate przewężenie, poczem rozszerzała się na nowo, wyścielając całą zatokę Douglasa, zrastając się ściśle z jej otrzewną i otaczając kuliste łożysko, przylegające do główki dziecka i tworzące guz wielkości pięści. Przy oddzielaniu tej błony od otoczenia nie krwawiło nigdzie.

Przed łożyskiem leżał cały narząd płciowy. Macica bardzo mała, zaledwie wielkości spłaszczonego orzecha, przesunięta na lewo, wyciągnięta w swej długiej osi, nieco rozpulchniona. Od jej rogu lewego ku tyłowi odchodzi jajowód grubości zapałki, zakończony prawidłowem ujściem brzusznem, obok prawidłowy jajnik. Wszystko to było luźnie zrośnięte z osłoną łożyska. Lewe więzadło okrągłe przyczepiało się i przebiegało prawidłowo. Przydatki prawe były rozciągnięte na guzie. Więzadło okrągłe odchodziło od rogu macicy, przebiegało na przestrzeni 1 cm., prostopadle do osi długiej ciała, poczem zwracało się ku przodowi do ściany brzusznej, gdzie gubiło się w prawidłowo umieszczonym kanale pachwinowym. Prawy jajowód wyciągnięty, długości 15 cm., nieco grubszy od lewego, był w całości przyrośnięty do guza i kończył się zarośniętem ujściem brzusznem. Za nim nieco powiększony prawy jajnik, przyrośnięty do guza. Przy oddzielaniu tego jajnika zaczęło krwawić z jego miąższu, co skłoniło mnie do usunięcia całych przydatków razem z guzem, a to ze względu na dużą powierzchnię na jajniku i na zarośnięte ujście jajowodu. Rzeczywiście po oddzieleniu zrostów i uruchomieniu guza wydobyłem go w całości razem z prawymi przydatkami, zabierając sposobem Fritscha razem z jajowodem także prawy róg macicy. Powierzchnię przyranną pokryłem otrzewną i następnie zamknąłem jamę brzuszną ciągłymi szwami katgutowymi otrzewnej, powięzi brzusznej i tkanki podskórnej, kilku szwami węzełkowymi mięśni i szeregiem skórnych klamerek Michela. Opatrunek przylepcowy pokrył ranę.

Zabieg trwał 55 minut.

Preparat uzyskany przedstawia płód donoszony, nie zmiękczały, w wysokim stopniu zniekształcony. W twarzy zaledwie zaznaczone miejsca oczodołów, zresztą żaden narząd nie wykształcony. Nóżka prawa ściśle zrośnięta z prawą rączką, nóżka lewa z lewą rączką, narząd płciowy niedokształcony tak, że płci określić niepodobna. Na całym płodzie ślady zrostów z tkankami matki.

Łożysko prócz kulistego kształtu, nie różni się niczem od prawidłowego.

Wycięte przydatki prawe bez zmian.

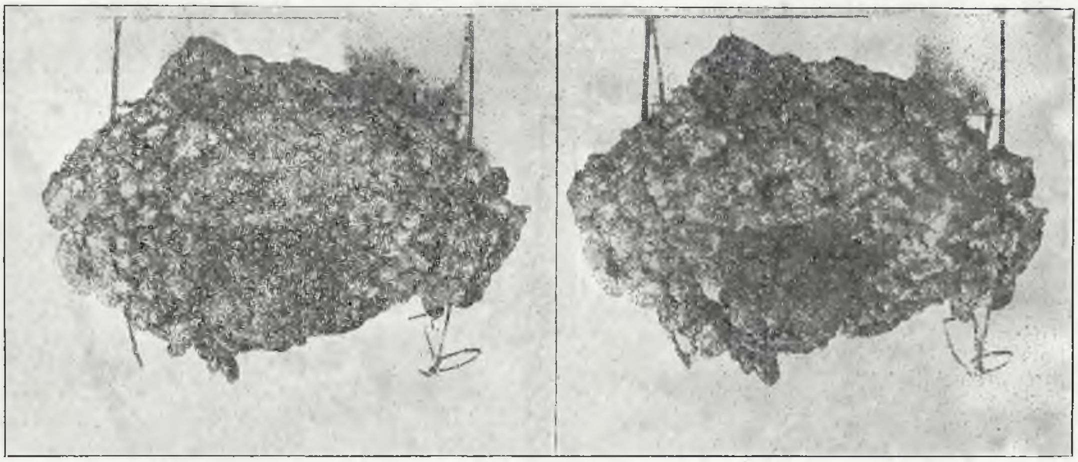
W otoczce pokrywającej główkę, nie znalazłem składników jajnika.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Prócz jednorazo-

wego podwyższenia ciepłoty do 37·4° w czwartym dniu po operacyi, stale poniżej 37°.

1. lipca 1909 wyjąłem szwy i znalazłem ranę zgojoną. 10. lipca 1909 wypuściłem pacyentkę z opieki lekarskiej.

2) T. B. 28-letnia mężatka, zgłosiła się 5 października 1910 wieczorem. Rodziła 2 razy siłami natury. Pierwszy poród przed $5^1/_2$ laty, ostatni przed 16 miesiącami. Peryod bywał zawsze regularnie, na czasie, miernie silny, bez bólów i trwał 3—4 dni. Ostatni 14—18. sierpnia 1910. Następnie zaraz wystąpiły nudności i wymioty. 3. października 1910 pojawiło się krwawienie z części płciowych, jako krwawe plamy, utrzymujące się bez przerwy, 5. października 1910, t. j. w dniu zgłoszenia się, wystąpiło o 11. godzinie przedpołudniem nagłe osłabienie, jednak bez omdlenia i silne bole kurczowe dołem brzucha.



Ryc. 1.

Badanie wykazało, co następuje: Chora niedokrwista w bardzo wysokim stopniu o cerze woskowo-ziemistej, błonach śluzowych bladych i zimnych kończynach, niespokojna, ziewająca. Ciepłota 37°. Tętno 132/min., ledwie wyczuwalne na tętnicy sprychowej, bardzo miękkie i nikłe. Oddechów 60/min. Narządy głowy i klatki piersiowej bez zmian. Brzuch miernie wzdęty, szczególnie pod pępkiem, przy dotyku bolesny, i to nieco mniej nad, nieco więcej pod pępkiem, napięty. Odgłos opukowy nad spojeniem łonowem na szerokość dłoni i po bokach na takiejsamej przestrzeni, stłumiony. Zresztą jawny bębenkowy. Linia środkowa ciała ciemniej zabarwiona.

W sutkach siara.

Srom zewnętrzny pokryty skąpą wydzieliną krwawą. Wejście do pochwy szerokie, zasiniałe. Pochwa krótka, szeroka, o błonie śluzowej wygładzonej i rozpulchnionej. Sklepienia tylne i oba boczne płaskie, przednie prawidłowe. Tuż poza niemi czuć wszędzie opór rozlany, który, wyraźny w przedniem sklepieniu, pozwala na określenie go tutaj jako dalszy ciąg macicy. Część pochwowa walcowata, rozpulchniona, nie przesunięta, wyraźnie zasiniona. Ujście zewnętrzne drożne dla palca, wewnętrzne zamknięte.

Badanie oburęczne, bardzo utrudnione z powodu napięcia i bolesności powłok brzusznych, wykazuje: Trzon macicy nieco powiększony, w przodozgięciu, miękki, niebolesny, mniej ruchomy. Przydatków wybadać nie można, natomiast czuje się po obu stronach macicy i za nią, w zatoce Douglasa, szczególnie po stronie prawej, rozlany, miękki opór, którego granic oznaczyć nie można, a który poprzednio już był wyczuwalny przez sklepienia pochwowe. Opór ten przechodzi w górę i gubi się powoli w jamie brzusznej.

Nieznaczne krwawienie z części rodnych.

Wobec powyższego wyniku badania nie mogło być dwu zdań. Rozpoznałem ciążę zewnątrzmaciczną pękniętą prawostronną, najprawdopodobniej jajowodową i natychmiast przystąpiłem do operacyi.

W spokojnem, bardzo powierzchownem uśpieniu chloroformowem, przy ułożeniu ze zwieszoną górną połową ciała, otworzyłem brzuch cięciem w linii środkowej, sięgającem od pępka do spojenia łonowego i stwierdziłem stan następujący: W jamie brzusznej bardzo znaczna ilość świeżych skrzepów i krwi płynnej, co wypełnia całą miednicę małą i okolice lędźwiowe. Jelita od przodu pokryte siecią, zwieszającą się ku dołowi i przyczepioną luźnym zrostem do szczytu tylnej ściany prawego więzadła szerokiego, w odległości około 3—4 cm. od rogu macicy. Zrost ten na przestrzeni nie dłuższej i szerszej niż 2—3 mm., jest tak wiotki, że za lekkiem dotknięciem się, odlepia się, poczem w miejscu jego pozostaje zaledwie zaznaczone chropawe, nie krwawiące miejsce. Zresztą sieć wszędzie wolna. Macica ledwie że powiększona, w przodozgięciu, nieco przekrwiona rozpulchniona, bez zrostów i bez zmian jakichkolwiek. Więzadła okrągłe prawidłowo przyczepione i przebiegające. Zatoka Douglasa wypełniona skrzepami, po ich usunięciu prawidłowa. Prawy jajowód w całej rozciągłości bez zmian jakichkolwiek, nie zgrubiały nigdzie, prawidłowej zbitości nie przyrośnięty, z drożnem ujściem brzusznem i prawidłowymi strzępkami. Strzępek jajnikowy wyraźnie widoczny nigdzie nie przyrosły. Jajnik prawy, więzadła (lig. ovarii proprium i infundibulo-pelvicum) bez zmian. Jajowód lewy bez zmian najlżejszych, z drożnem ujściem brzusznem, bez zrostów, z prawidłowymi strzępkami. W prawidłowym jajniku lewym prawdziwe ciałko żółte. Lig. ovarii proprium i infundibulo-pelvicum bez zmian.

Na ogół więc nigdzie nie ma najmniejszych zmian narządu rodnego prócz nieznacznego powiększenia macicy, i żadnych zrostów, prócz wyżej opisanego przyczepienia sieci. Mogę to stwierdzić tem pewniej,

że na wszystkie szczegóły wyżej podane zwracałem uwagę wszystkich obecnych podczas zabiegu i że podczas operacyi dyktowałem te szczegóły do protokołu.

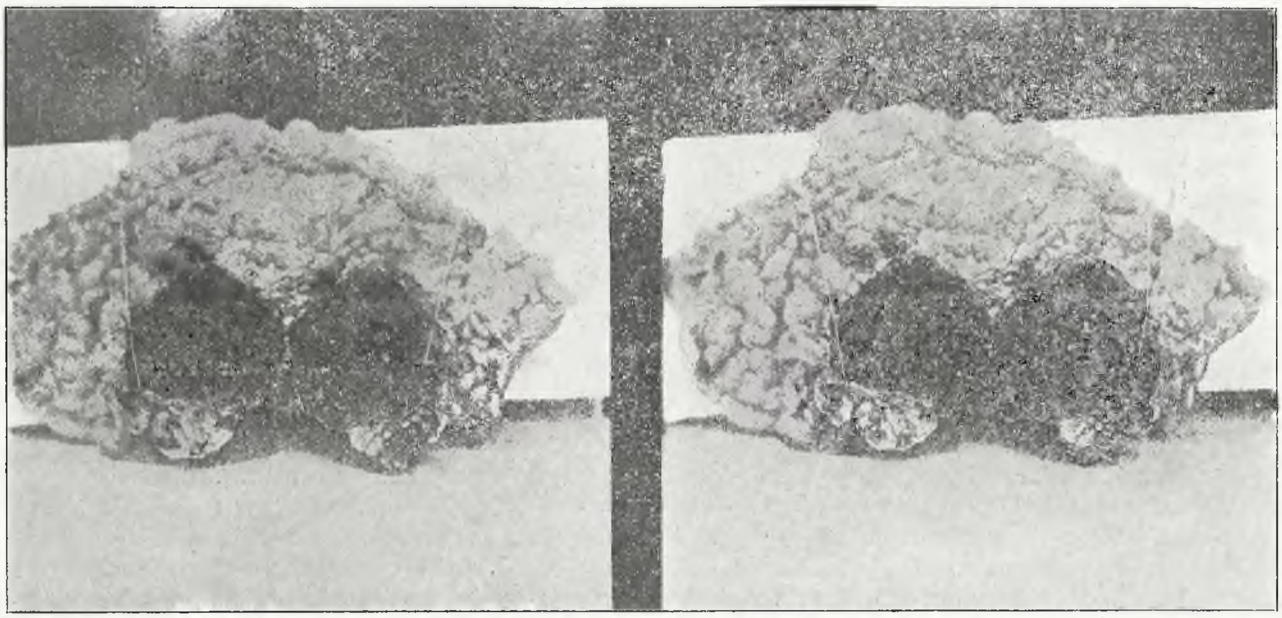
W miejscu przyczepienia sieci, co także wszyscy obecni stwierdzili, znajduje się w niej guzowate zgrubienie wielkości około orzecha włoskiego. Zgrubienie to leży prawie w całości nad górnym brzegiem więzadła szerokiego; zaledwie mała część jego zachodzi poza to więzadło. Prócz wyżej wspomnianego zrostu, jest ono zupełnie wolne, a składa się, jak to widać na fotografii, dołączonej do niniejszej pracy (Ryc. 1) ze zresekowanej sieci i guza właściwego. Sieć, zgrubiała w tem miejscu, obejmuje guz półkolem od góry i boków; część dolna guza nie jest pokryta. Powyższy pierścień sieci jest najgrubszy w górze. Ku dołowi

i szeregiem skórnych klamerek Michela. Opatrunek przylepcowy pokrył ranę.

Zabieg trwał 20 minut.

Po operacyi oddech spokojniejszy, tętno ledwie wyczuwalne. W czasie zabiegu wstrzyknięto podskórnie 4 gr. olejku kamforowego i 0·2 gr. kofeiny, zaraz po operacyi wlewanie z 500 cm.^{3} fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, gorące bańki itd., wreszcie po obudzeniu się chorej podano odrazu wódkę, wino i gorące napoje.

Przebieg pooperacyjny był następujący: 6. października 1910 tętno spokojne, regularne, dość dobrze napięte rano 132/min., popołudniu 136/min. Ciepłota rano 37·6^0, popołudniu 38·2^0. Ból w dołku podsercowym. Trzykrotne wymioty. W nocy następującej jeszcze trzy razy wymioty



Ryc. 2.

ścieńcza się i kończy po stronie lewej wypustką, przyrosłą do guza, po prawej zaś takąsamą wypustką, przyrosłą do prawego więzadła szerokiego, co tworzy wyżej wspomniany zrost.

Nadto odchodzą od pierścienia sieci liczne drobne wypustki, przyrastające do przedniej i tylnej ściany guza. Na szczycie guza jest ich najwięcej, ku dołowi coraz mniej, na biegunie dolnym brak ich zupełnie. Dla dokładności obrazu dodaję jeszcze, że pierścień sieci nie leży w największym obwodzie guza, lecz już na jego tylnej półkuli, wskutek czego większa część guza wystercza ku przodowi. Guz znaleziony jest barwy sino czarnej, miernie twardy, o cienkich ścianach i przeświecającej, krwawej treści. Na jego przedniej powierzchni znajduje się otwór o nierównych, postrzępionych brzegach, eliptyczny, około $^1/_2$ cm. długi, i z niego wydobywa się powoli, lecz stale, częściowo skrzepła krew.

Naczynia sieci wokoło guza porozszerzane, wypełnione krwią.

Wobec powyższego stanu rzeczy podwiązałem sieć powyżej guza w czterech pęczkach i odciąłem ją poniżej wraz z guzem. Następnie usunąłem najbliżej dostępne skrzepy krwi i zamknąłem jamę brzuszną, ciągłymi szwami katgutowymi otrzewnej, powięzi brzusznej i tkanki podskórnej

7. października 1910 tętno regularne, dobrze napięte, przez cały dzień 124/min. Ciepłota rano 37·8^0, popołudniu 37·6^0. Oddechy spokojne. Język wilgotny. Brzuch lekko wzdęty, tkliwy, wymiotów brak.

Następnego dnia stolec i odtąd przebieg prawidłowy. Ciepłota tylko wahała się jeszcze do 38^0, aż 11. października opadła zupełnie do poziomu prawidłowego.

18. października 1910 wyjęto szwy i stwierdzono ranę zgojoną doraźnie, 26. października 1910 wypuściłem pacyentkę jako zdrową, z opieki lekarskiej.

Uzyskany preparat przedstawia guz wyżej opisany. Szczegóły jego zewnętrzne, oraz ułożenie w sieci nie różnią się niczem od stanu, stwierdzonego przy operacyi. Sam guz jako taki przedstawia kulę, nieznacznie z przodu w tył spłaszczoną. W wymiarze poprzecznym ma 3·5 cm., tosamo w wymiarze z góry na dół. Wymiar z przodu w tył wynosi 3 cm.

Na przekroju guza (ob. fotografia 2) widać przedewszystkiem w jego środku jamkę, wielkości 1 cm. w najdłuższej osi, nieco eliptyczną, wyścieloną gładką błoną. W jamie tej wolno pływający zawiązek płodu wielkości około ziarna siemienia. Wokoło tej jamki zbite skrzepy zupełnie świeże, które dochodzą aż do zewnętrznej torebki guza. W biegunie dolnym miast skrzepów, między jamką a torebką guza

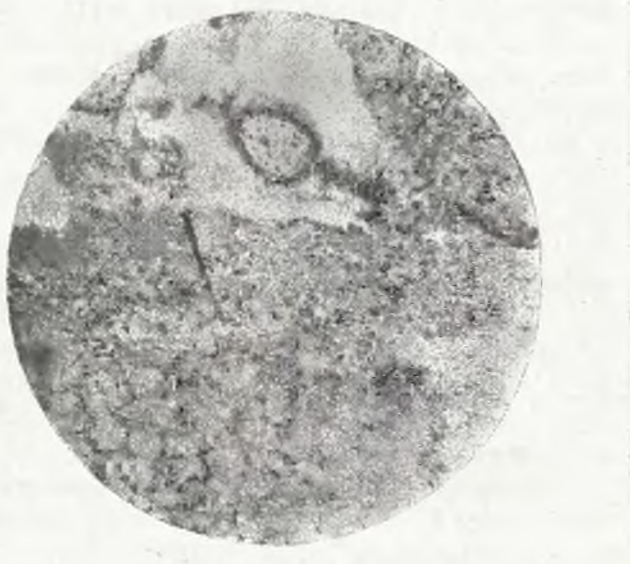
pokład tkanek czerwony, przerosły nieregularnemi przegródkami, zbity, odpowiadający makroskopowo budową łożysku. W tem miejscu osłonka guza, wszędzie zresztą wyraźna, gubi się, a leżąca tuż obok sieć wchodzi w ścisły związek z wyżej opisanem łożyskiem, widoczny makroskopowo wyraźnie.

W sieci otaczającej makroskopowo zmian nie widać. W badaniu drobnowidowem z natury rzeczy chodzić musiało przedewszystkiem o stosunki w miejscu przyczepu jaja. Preparaty, wycięte z lewego bieguna, gdzie zawiązek łożyska (ocenionego tak na podstawie obrazu makroskopowego) stykał się bezpośrednio z siecią, preparaty, które z całą gotowością sporządził mi i objaśnił Dr E. Groebel, za co mu serdeczne składam podziękowanie, wykazały stan następujący. Wśród tkanek odpowiadających swą budową

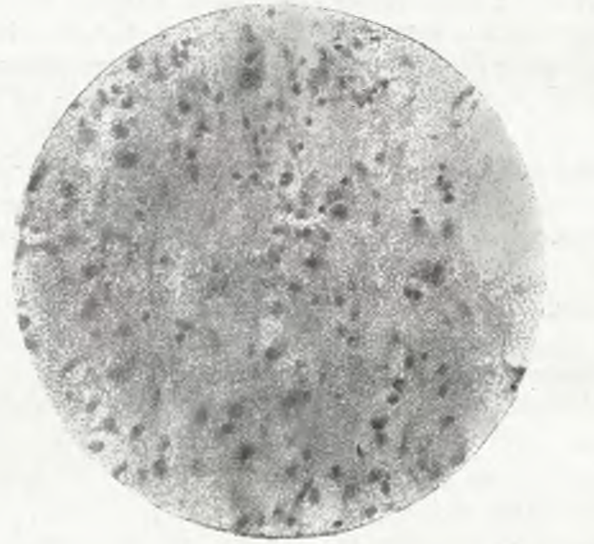
Oto suche wyniki badania.

Ocenienie powyższych rezultatów jest rzeczą niezmiernej wagi i chciałbym je przeprowadzić przedewszystkiem z punktu widzenia formułki Veita. Co do przypadku pierwszego, jest dla mnie rzeczą jasną, że wymagań tej formułki nie wypełnia, nie może więc bezwarunkowo służyć za materyał dowodowy dla sprawy możności istnienia ciąży brzusznej.

Postępując słowo za słowem w myśl żądań Veita, należy przedewszystkiem ocenić stan żywotności jaja płodowego, gdyż tylko »żywe jaje«, może być materyałem dowodowym. Sprawa tej żywotności nie może z natury rzeczy ulegać żadnym powątpiewaniom, jeżeli idzie o jaje tak anatomicznie, jak drobnowidowo nienaruszone. W przypadkach natomiast jakichkolwiek zmian w którejś części jaja płodowego, albo w niem całem, ocenienie żywotności opie-



Ryc. 3.



Ryc. 4.

prawidłowej sieci, z wyraźnemi świeżemi wybroczynami krwi, widać bardzo wyraźnie przekroje kosmków, doskonale zachowanych, których komórki tak co do kształtów i ugrupowania, jak też co do nasilenia zabarwienia, niczem się od prawidłowych nie różnią. Widać w nich wyraźnie komórki Langhansa i syncytyum oraz płodową tkankę łączną podścieliskową. Miejscami dokładnie zachowuje się ścisły związek między kosmkami a siecią. W miejscach tych między kosmkami a siecią leży warstwa komórek, budową odpowiadających komórkom doczesnej. Nacieków drobnokomórkowych między siecią a kosmkami nigdzie nie znaleziono.

Stosunki powyższe stwierdzić można na fotografii 3, dającej odbicie preparatu w małem powiększeniu i na fotografii 4, przedstawiającej w dużem powiększeniu jedno miejsce z warstwy komórek doczesnych, leżącej między siecią a kosmkami.

Otoczka samej jamy płodowej składa się z warstwy komórek tkanki łącznej, wykazujących odczyn doczesny i warstwy śródbłonków; zewnętrzna osłonka całego jaja z pokładu komórek tkanki łącznej, o silnie barwiącej się chromatynie i niewyraźnych konturach, odpowiadających zachowaniem się komórkom syncytyalnym. W środku między oboma, w miejscach, nie odpowiadających zawiązkom łożyska, widać kosmki wśród wylewów krwawych.

rać się musi na stwierdzeniu zasadniczej budowy anatomicznej i w pierwszej linii na żywotności komórek, szczególnie w samem łożysku lub jego zawiązku. Za »żywe jaje« uważać wtedy należy takie, które, choćby nawet uszkodzone w pojedynczych częściach, nie zatraciło swej zasadniczej budowy i cech charakterystycznych i wykazuje komórki, odpowiadające swem ugrupowaniem, zdolnością przyjmowania barwików i kształtem — komórkom prawidłowym i żywym. Sądzę, że pod względem żywotności jaja w przypadku moim nie nasuwają się żadne wątpliwości. Utrzymanie jamki wśródjajkowej w stanie nienaruszonym, zachowanie zawiązka płodu, stwierdzenie kosmków o budowie prawidłowej i wszystkich rodzajach komórek dobrze się barwiących, powinno wystarczyć do jej udowodnienia. Fakt zaś, że nie nastąpił rozkład i zanik płodu, nadzwyczaj łatwy w tym stanie ciąży, świadczyć musi o życiu płodu podczas zabiegu lub bardzo niedawno przed nim. Rozpatrywanie i ewentualne kwestyonowanie tego faktu byłoby zresztą i tak bezprzedmiotowe, gdyż Veit nie wymaga żywego płodu, ale żywego jaja płodowego. Również i skrzepy krwi, zawarte w jaju mego przypadku, schodzą w ocenieniu jego żywotności na drugi plan. Są one całkiem świeże, czego dowodem obraz drobnowidowy, a także żadną miarą nie mogły były jeszcze sprowadzić obumarcia jaja płodowego.

Drugim warunkiem Veita jest wykazanie »żywego związku łożyska z otrzewną«. W niniejszym przypadku należy zauważyć, że w tak wczesnych okresach rozwojowych nie można jeszcze mówić o łożysku, gdyż ono jeszcze nie miało czasu powstać, ale o związku kosmków z podłożem, i że nie mamy do czynienia z otrzewną, tylko z siecią, wśród której jaje leżało. Jeżeli chce się mówić rzeczywiście o żywym, ścisłym związku, to nie wystarcza wykazanie tuż obok siebie tkanek jaja i podłoża, choćby nawet zlepionych ze sobą skrzepami lub warstwą włóknika. Koniecznem jest stwierdzenie między żywymi, prawidłowymi kosmkami i żywą, prawidłową siecią, czy otrzewną, warstwy komórek doczesnej, jako odczynu podłoża na przyczep jaja, bo tylko takie przeobrażenie doczesnowe dowodzi, że jaje nietylko było w ścisłym związku z podłożem, ale że związek ten trwał czas dłuższy, inaczej mówiąc, że jaje na sieci się rozwijało. Jeżeli wszystkie narządy jamy brzusznej są w stanie ulegać przemianie doczesnej, wtedy dowód rozwoju ciąży brzusznej byłby względem nich wszystkich możliwy, w przeciwnym razie nigdy nie możnaby na pewno stwierdzać usadowienia się i rozwoju jaja, choćby nawet żywego, na danym narządzie, gdyż nigdy nie dałoby się wyłączyć przypuszczenie, że jaje w miejscu znalezienia nie rozwijało się, a tylko poronione tu się mechanicznie przylepiło.

Odnośnie do mego przypadku, znalazłem prawidłowe żywe kosmki i taką samą sieć, złączone ze sobą pokładem komórek doczesnej. Jak wyżej zaznaczyłem, jest to żywy związek tych tkanek i dowodzi nietylko ścisłego ich obecnego spojenia się, ale także istnienia poprzedniego związku przez czas przynajmniej taki, jaki jest konieczny do przeobrażenia doczesnego komórek dotyczących. Jeżeliby komu wyżej przytoczone dowody nie wystarczyły, podnieśćby można jeszcze następującą okoliczność. Gdyby jaje przybyło martwe na miejsce znalezienia go, to nie powstałaby wcale warstwa komórek doczesnej, lecz zlep włóknikowy i nacieki drobnokomórkowe w sąsiedztwie, jako odczyn na drażnienie przez ciało obce. Gdyby wszakże warstwa taka przecież powstać miała, co zresztą wydaje mi się co najmniej wątpliwem, to musiałyby przez czas jej powstawania nastąpić zmiany wsteczne w obumarłych już kosmkach.

Istnienie warstwy komórek doczesnej, obok niezmienionych kosmków i tkanek sieci sąsiadujących i wobec braku nacieków drobnokomórkowych, świadczy niezbicie o przyczepieniu się jaja na sieci i jego rozwoju w tem miejscu, t. j. stwierdza to, czego się Veit domaga.

Trzecim warunkiem wymaganym jest brak jakiegokolwiek współudziału jajowodów lub jajników. Ścisła obserwacya w tym kierunku w czasie zabiegu operacyjnego, i to przeprowadzona przez wszystkich obecnych, których uwagę specyalnie na fakt ten zwracałem, wystarcza chyba do uznania i tego warunku za spełniony. Nie można mówić o jakimkolwiek współudziale jajowodów lub jajników, jeżeli między nimi a jajem nawet żadnego nie było związku i jeżeli one wykazywały stan bezwarunkowo prawidłowy i zdrowy.

Tak więc przypadek mój wypełnia wszystkie warunki, wymagane przez Veita, musi więc być uznany za ciążę brzuszną i stwierdza jako »przypadek dowodowy« możliwość jej istnienia. Opierając się na nim, mogę twierdzić, że ciąża brzuszna u ludzi wydarzyć się może i możliwość jej istnienia tak teoretycznie, jak i praktycznie, jest udowodniona.

Pozostaje jeszcze tylko ocenienie mego przypadku z punktu widzenia Rosnera, tj. rozstrzygnięcie, czy była to ciąża brzuszna pierwotna, czy przeszczepiona. Jak już wyżej wspomniałem, rzecz ta rozstrzygnąć się nie da, o ile w narządzie płciowym żadnych nie pozostało śladów, jak to właściwie było w moim przypadku; na każdy sposób wczesny wiek jaja płodowego przemawia więcej za ciążą brzuszną pierwotną, gdyż chyba za mało byłoby czasu, aby np. jajowód powrócił »ad integrum« w tak krótkim czasie, jeżeliby w nim wogóle było usadowione jaje.

W końcu chciałbym na podstawie znalezionego obrazu odtworzyć przypuszczalny sposób powstania ciąży brzusznej u mojej pacyentki. Nie ulega wątpliwości, że jaje wyszło z jajnika lewego, gdyż tam znalazłem świeże ciałko żółte. Najprawdopodobniej zaraz, lub w krótkim czasie po pęknięciu pęcherzyka Graaffa nastąpiło zapłodnienie jednym z plemników, czekających już w sąsiedztwie jajnika, poczem jaje z przyczyn, których nie mogę wyjaśnić, nie weszło do ujścia brzusznego lewego jajowodu, lecz obrało drogę zewnątrz macicy ku ujściu jajowodu prawego. Po drodze napotkało jednak na przeszkodę i przy niej się usadowiło.

Z chwilą udowodnienia możliwości istnienia ciąży brzusznej, można, wstecz patrząc, do kategoryi tej zaliczyć część dawniej opisanych przypadków, chociaż nie w zupełności odpowiadały formułce Veita. Do takich należy także mój pierwszy przypadek.

Dołączone do pracy niniejszej zdjęcia fotograficzne zawdzięczam Doc. W. Reissowi i p. Langowi. Na tem miejscu zechcą za to przyjąć moje podziękowanie.

Objaśnienie rycin.

1. Preparat w całości widziany od przodu. Na przedniej powierzchni jaja, więcej od strony lewej preparatu, miejsce pęknięcia. Zwisająca w dole, po prawej, wypustka sieci była przyczepiona do tylnej ściany prawego więzadła szerokiego.

2. Tensam preparat po przecięciu jaja płodowego. Widoczna wyraźnie jama wśródjajowa. W niej na dole biały zawiązek płodu. Nad nim wypuklenie tylnej ściany skrzepami, leżącymi poza jamą, zaznaczające się jako białawe miejsce na czarnem tle. Wszystko to leży w tylnej połowie przeciętego jaja (na fotografii po prawej). W dole tegosamego przekroju widać bezpośredni związek sieci z zawiązkiem łożyska, które dochodzi tu aż do jamki wśródjajowej. Otoczki zewnętrznej brak w tem miejscu. W przedniej połowie preparatu (na fotografii po lewej) widać ubytki po kawałkach, wyciętych do badania drobnowidowego.

3. Preparat drobnowidowy w słabem powiększeniu. Przed-Przedstawia przekrój w miejscu bezpośredniego związku sieci z zawiązkiem łożyska. Od strony lewej widoczna prawidłowa sieć, ze świeżemi wybroczynami, od prawej prawidłowe kosmki. W środku warstwa komórek doczesnych, zachodząca wypustkami między kosmki, jak to widoczne w dole preparatu.

4. Partya powyższej warstwy komórek doczesnych pod silnem powiększeniem.

Piśmiennictwo. 1) Albertin: Lyon méd. 1903, 27. XII. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1904, Nr 23. — 2) Davis: Bull. of the Lying. In Hospital of the City of Nev York Vol. V. N. 4. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1910, Nr 30. — 3) Gröné: Zentrbl. f. Gyn. 1909, Nr 2. — 4) Gutièrrez: Rev. de med. y cir. práct. Madrid 1904, Nr 825. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1904, Nr 47. — 5) Hammacher: Arch. f. Gyn. t. XCII, str. 594. — 6) Jarzeff: Journ. akusz. 1907, Nr 1—9.

Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1908, Nr 12. — 7) Linck: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. t. XX, z. 6. — 8) Lovrich: Zentrbl. f. Gyn. 1907, Nr 45. — 9) Tenże: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. t. XXVII, zesz. 5—6. — 10) Michin: Rusk. Wracz 1905, Nr 15. Ref. Sittner, Arch. f. Gyn. t. LXXXIV, str. 91. — 11) Rosner: Przegl. lek. 1910, Nr 49. — 12) Seeligmann: Deut. med. Wochschr. 1906, Nr 22. — 13) Vallois: Zentrbl. f. Gyn. 1905, Nr 45. — 14) Veit: Protok. X Zjazdu niem. Tow. gin. w Würzburgu 3—6. VI. 1903. — 15) Vincenzo: Gynecologia 1905, Nr 6. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1906, Nr 14. — 16) Werth: Podręcznik położn. Winckla 1904, t. II, str. 768.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Braillon. **Zapalenia opłucnej u chorych na cukrzycę.** (Revue de med. 1911, Nr. 4). Autor zastanawia się nad przyczynami znanego zresztą faktu częstego występowania gruźlicy płuc, a rzadkiego występowania gruźlicy opłucnej u chorych na cukrzycę. Na podstawie własnego doświadczenia jakoteż danych zaczerpniętych z piśmiennictwa, dochodzi Brail do przekonania, że przyczyną tego faktu jest wielka wrażliwość dotkniętych cukrzycą na zakażenie prątkiem Kocha; opłucna tych chorych nie może powstrzymać przejścia zakażenia na tkankę płuc. Analogiczne fakty stwierdzić można w doświadczeniach na zwierzętach po wstrzyknięciu zawiesiny prątków gruźliczych do jamy opłucnej. U zwierząt wrażliwych na gruźlicę, jak świnka morska np., nie występuje gruźlica opłucnej, lecz ogólne zakażenie. Przy podobnem doświadczeniu na psie, który jest odporniejszy, powstaje zapalenie opłucnej i zakażenie ogranicza się. Wobec tego, jeżeli u chorych na cukrzycę występują objawy zajęcia opłucnej, to trzeba przypuszczać zapalenie ropne. Dr L. Mańkowski.

Lilienstein. **Bezkrwawe puszczenie krwi** (phlebostasis). (Med. Klinik 1912, Nr 8). L. zachwala bardzo t. zw. »bezkrwawe puszczenie krwi«, czyli zatrzymanie na pewien czas w kończynach pewnej ilości krwi, celem zmniejszenia krążenia, a przez to ulżenia sercu pracy. Skutek potem bywa nietylko chwilowy, ale nieraz stały. Wskazania: grożący udar mózgu, zapalenie opon, mocznica, objawy zastoju żylnego i t. p. Przeciwwskazania: skłonność do tworzenia się skrzepów i obrzęki lub żylaki kończyny. Zastoinę wywołuje się dogodnie mankietem Recklinghausena ew. odpowiednio zmodyfikowanym, jeżeli chodzi o równoczesny silniejszy zastój na kończynach. W kończynie górnej można zatrzymać w ten sposób około 150 grm. krwi. K.

Schiff i Żak. **Badania nad patogenezą dnawych zaników mięśni.** (Tow. lek. Wiedeń 23. I. 1912). W następstwie zmian stawów, zwłaszcza na tle dny, rozwijają się nieraz nader szybko zaniki okolicznych mięśni. Cechuje je prócz szybkiego rozwoju niestosunek zaniku do sprawy stawowej i przeważanie zaniku w mm. prostujących. Mięsień zajęty okazuje drobnowidowo obraz zwykłego zaniku; klinicznie stwierdza się brak odczynu zwyrodnienia, a zmniejszenie się pobudliwości nerwowej. Dla wytłomaczenia tego zaniku podano dwie teorye: 1) mechaniczną, 2) odruchową. Autorzy przeprowadzali doświadczenia na zwierzętach celem wykrycia przyczyny tego zaniku i doszli do przekonania, że teorya odruchowa nie ma podstawy i przyczyny szukać należy jedynie w nieczynności danych mięśni. A.

Gougerot i Gy. **Wielogruczołowa niedostateczność wydzielania wewnętrznego.** (Nouvelle Iconogr. de la Salp. 1911, Nr 6). Cordier i Rebattu. **Infantylizm wsteczny czyli późny.** (Ibidem).

Wyodrębnienie zbioru objawów wielogruczołowej niedostateczności wydzielania wewnętrznego zawdzięczamy Claude i Gougerotowi, którzy w roku 1907 stwierdzili, że oprócz objawów chorobowych, zależnych od zajęcia jednego jakiegokolwiek gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem (np. obrzęk śluzowaty, akromegalia itd.) istnieją przypadki, gdzie jednocześnie lub następowo jest zajętych kilka gruczołów i wtedy obraz chorobowy jest bardzo złożony. Taki właśnie przypadek opisują szczegółowo Gougerot i Gy. U zupełnie zdrowego, silnego fizycznie mężczyzny wystąpiły po jakiemś nieokreślonem zakażeniu objawy ogólnego fizycznego i psychicznego osłabienia, pojawiła się wrażliwość na zimno, włosy zaczęły wypadać. Jednocześnie zaczął słabnąć popęd płciowy i nastąpił zanik narządów płciowych. W końcu pojawiła się pigmentacya skóry, obniżenie parcia ościennego, tj. objawy ze strony nadnerczy. Chory zmarł. Na sekcyi znaleziono wybitne zmiany we wszystkich gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem. Autorowie podkreślają, że wyodrębnienie kliniczne zbioru wielogruczołowej niedostateczności ma znaczenie nietylko teoretyczne, ale i praktyczne, gdyż w pewnych przypadkach, gdy opoterapia jednogruczołowa zawodzi, opoterapia wielogruczołowa może doprowadzić do polepszenia, a może nawet i wyleczenia.

Niedostateczności wydzielania wewnętrznego wielu gruczołów dotykają również Cordier i Rebattu. Ale dotykają w inny zupełnie sposób. Starają się oni wyodrębnić ze zbioru objawów Claude i Gougerota szereg przypadków, mających to wspólne między sobą, że chociaż było zajętych kilka gruczołów, na pierwszy plan występowało zajęcie gruczołów płciowych: zanik ich, zanik popędu płciowego, wreszcie objawy wsteczne infantylizmu fizycznego i psychicznego. Należy dodać, że wszystkie te objawy występowały u ludzi w kwiecie wieku, między 20. a 30. rokiem życia, którzy ukończyli rozwój fizyczny, płciowy i umysłowy i nie objawiali w tym względzie żadnej niedomogi. Autorowie, idąc w ślady Gandy, nazywają takie przypadki infantylizmem wstecznym albo późnym. Z wyżej wspomnianych względów nie można odnosić tych przypadków do infantylizmu prawdziwego. Co się tyczy anatomii patologicznej takich przypadków, to chociaż znajdowano zanik wielu gruczołów, jednakże najwybitniejsze zmiany były w gruczołach płciowych i tarczycy. Zajęcie gruczołów płciowych było stałe i przeważające. Co się tyczy leczenia, to opoterapia dała wyniki sporne, a w każdym razie tylko przejściowe. Autorowie zebrali 20 spostrzeżeń, w tej liczbie 3 własne, których opis podają. Dr L. Mańkowski.

1) Magalhaes Lemos. **Gigantyzm, infantylizm i akromegalia.** (Nouvelle Iconogr. de la Salpetrière 1911, Nr 1). 2) Mossé. **Zniekształtnienie akromegaliczne nietypowe.** (Ibidem Nr 4). 3) Mikulski. **Otępienie przedwczesne. Akromegalia nietypowa.** (Ibidem Nr 4).

Im więcej poznajemy zasadnicze cechy infantylizmu, tembardziej musimy dojść do przekonania, że infantylizm można spostrzegać nietylko u ludzi wzrostu małego, ale średniego, a nawet bardzo wysokiego. Tym sposobem gigantyzm łączy się z jednej strony z infantylizmem, z drugiej zaś strony istnieje bezsprzeczny związek gigantyzmu z akromegalią. Opis rzadkiego przypadku gigantyzmu, w którym z objawami akromegalii łączyły się objawy infantylizmu, podaje Lemos. Mężczyzna 21-letni przy ogromnym wzroście (2 metry 10 ctm.) okazuje cały szereg zmian morfologicznych i czynnościowych, charakteryzujących infantylizm: szczątkowe narządy płciowe, brak wzwodu i popędu płciowego, zupełny brak uwłosienia na wzgórku łonowym. Przytem jest on bardzo słabo rozwinięty umysłowo jak na swój wiek. Prócz tego zauważyć u niego można zwiększenie kości twarzowych, kości rąk i nóg, bole głowy i zaburzenia ze strony oczu (objawy akromegaliczne).

Po bardzo szczegółowem omówieniu przypadku i porównaniu go z innymi, zaczerpniętymi z literatury tego przedmiotu, dochodzi autor do przekonania, że przyczyną schorzenia w danym przypadku jest przerost przysadki mózgowej. Zmiana ta jest pierwotną, ale prawdopodobnie i inne gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem (tarczyca, a szczególnie jądra) biorą też mniej lub więcej czynny udział w ostatecznym wyniku zmian.

Można przyjąć wprawdzie istnienie gigantyzmu nabytego bez żadnej predyspozycyi, jednakowoż przeważnie trzeba przyznać pewne znaczenie i dziedziczności i wpływom chorobowym w czasie życia płodowego. W każdym razie można powiedzieć, że gigantyzm sam w sobie jest bezpośrednio wskazówką zwyrodnienia ustroju.

Oprócz akromegalii czystej, klasycznej, pojawiającej się około 30—35. roku życia, istnieją zaburzenia, które, chociaż zbliżone, nie mogą jednakowoż być z nią identyfikowane. Opis takiego przypadku podaje Mossé. Chory Mosségo ma ogromne kończyny, cierpi na częste bole głowy, nie można natomiast zauważyć u niego powiększenia nosa, języka, ani też siodła tureckiego. Radyogram czaszki okazuje tylko ogromne rozmiary zatoki czołowej. Nietypowy także przypadek akromegalii podaje Mikulski. U chorego istnieje przerost nosa, warg, języka, szczęki dolnej, zniekształtnienie czaszki i garb, brak zaś powiększenia kończyn. Przypadek ten ciekawy jest i z tego powodu, że towarzyszy mu choroba umysłowa w postaci otępienia przedwczesnego. Przypadków podobnych opisano dotychczas dwa. Częściej towarzyszy akromegalii psychoza maniakalno-depresyjna. Dr L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Feibelmann. **Podwójny nawrót odry.** (Archiv. f. Kinderh. t. LVII, z. 1—3). Spostrzeżenie kliniczne typowej odry u 6-letniego chłopca, poprzedzonej wysypką zwiastunną, pęcherzykowatą, która zajmowała całą skórę z wyjątkiem twarzy i błonę śluzową ust; następnego dnia wysypka ta ustąpiła, natomiast pojawiły się plamki Koplika i pierwsze wykwity wysypki odrowej. Po 10. dniach zapadł chłopiec powtórnie na typową odrę z plamkami Koplika; wreszcie 19 dnia po nawrocie wystąpił drugi nawrót, okazujący te same cechy, jak poprzedni. Bujak.

G. E. Wladimiroff. **O języku malinowatym u dzieci.** (Archiv. f. Kinderh. t. 57, z. 1—3). Powstawanie języka malinowatego u dzieci tłomaczy autor tem, że wysypka płonicza zajmuje nietylko błonę śluzową podniebienia miękkiego i gardła, lecz także błonę śluzową języka, który na zapalną podnietę oddziaływa zmętnieniem nabłonka, wywołującem początkowy okład na języku; nabłonek ten obumiera i złuszcza się mechanicznie, pozostawiając nabłonek więcej przeźroczysty, przez który przebija wyraźniej czerwona barwa języka i powiększone skutkiem obrzęku zapalnego brodawki. Język malinowaty napotyka się najczęściej w płonicy, jednak można go widzieć i w przebiegu odry, o ile jama ustna jest w silniejszym stopniu dotknięta wysypką; autor spostrzegał także język malinowaty u dziecka, cierpiącego na nieżyt przewodu pokarmowego. Bujak.

Paul Sommerfeld. **Przyczynek do epidemiologii błonicy.** (Archiv. f. Kinderh. t. 57, z. 1—3). Z 368 dzieci, leżących na niezakaźnych oddziałach szpitala berlińskiego, znaleziono prątki błonicze w gardle u 8 dzieci (2·1%), a mimo, że dzieci tych nie oddzielono, nie wydarzył się żaden przypadek zakażenia, jak okazało badanie bakteryologiczne po pewnym czasie. Na oddziale płoniczym znaleziono wśród 22 chorych jednego przenosiciela zarazków błoniczych; i tutaj nie zaszedł ani jeden przypadek zakażenia. Inaczej jednak wypadło badanie u 23 dzieci z oddziału niezakaźnego, na który dostał się przypadkowo chory na błonicę gardła i nosa: u 5 dzieci (22%) wykazano prątki błonicze. Wobec takich wyników nasuwa się przypuszczenie, iż prątki, pochodzące z przenosicieli, są mniej jadowite. Doświadczenia na zwierzętach nie potwierdzają jednak tego domysłu: z 19 świnek morskich, szczepionych hodowlami z przenosicieli, padło 17.

Z 305 dzieci, opuszczających oddział błoniczy między 5—35. dniem pobytu w szpitalu, u 160 znaleziono prątki; równocześnie badano także osoby, przychodzące po odbiór tych dzieci, przyczem u 99 wykazano prątki. Z 26 dzieci, mających w gardle prątki w chwili opuszczenia oddziału błoniczego, 7 miało je przez dłuższy czas (do 3. miesięcy) zaś z towarzyszących im osób jedna po 4 tygodniach, druga jeszcze po 3 miesiącach. Bujak.

H. Roeder. **Spostrzeżenia nad leczeniem żelazem.** (Archiv. f. Kinderh. t. LVI, z. 4—6). Korzystne wyniki leczenia błednicy i bezkrwistości feroglidyną (pastylka zawiera 0·025 żelaza) znajdują uzasadnienie w doświadczeniach na zwierzętach, którym podawano przez dłuższy czas ten przetwór. Okazało się mianowicie, iż wątroba ich zawiera 2—3 razy więcej żelaza, niż wątroba zwierząt kontrolnych. Zawartość żelaza oznaczono sposobem Salkowskiego. Bujak.

Otto Ebert. **Kamienie nerkowe w wieku dziecięcym.** (Med. Klinik, 1912, Nr 10). Autor przytacza przypadek kamienia nerkowego u 6-letniego chłopca, gdzie operacyę pyelolitotomię poprzedziły typowe napady kamicy nerkowej z równoczesnem wystąpieniem moczu mętnego z domieszką krwi i krwawego śluzu. Kamień był wielkości $1^1/_2$ cm szczawianowy z domieszką moczanów. Autor radzi nie tracić długo czasu na podawanie środków wewnętrznych (urotropina, borowertyna, cystopuryna, czy helmitol) lub na leczenie glicerynowe wedle Hermana, lecz jeśli rentgenogram wykaże cień w nerce, należy nie zwlekać z operacyą. Rozpoznanie oprzeć należy na gwałtownych napadach kolki, krwawym moczu, badanie osadu, ale najpewniejszy jest wynik prześwietlenia promieniami Röntgena. Bolesność w okolicy nerek nie jest wcale charakterystyczną dla kamicy, chyba że istnieje równocześnie wodonercze lub roponercze. W dalszym ciągu zastanawia się autor nad przyczynami tak wczesnego występowania kamieni i powołując się na innych autorów, uznaje za nie dziedziczność, względnie rodzinne usposobienie, zwłaszcza dnę rodziców, dalej pożywienie, głównie z ciężkostrawnych, węglowodanowych straw, także choroby, ograniczające ruch, jak sercowe, nerkowe (głównie zapalenie nerek po płonicy), wreszcie nieznane dotąd wpływy endemiczne. I tak kamica nerkowa zdarza się częściej u dzieci na Węgrzech, w Anglii, Turcyi, Górnym Śląsku, niż gdzieindziej. M. Mondschein.

Comby. **Tasiemiec u oseska.** (Arch. de méd. des enfants, t. XIV, Nr 7, 1911). Obecność tasiemca u oseska jest rzeczą bardzo rzadką, co się tłómaczy dyetą wyłącznie, lub prawie wyłącznie mleczną. Comby przytacza dwa wyjątki od tej reguły. Pierwszy dotyczy 5-miesięcznego oseska (Madryckie Tow. lek.), drugi podaje C. z własnej praktyki, ciekawy ze względu na etyologię. Dziecko 9-miesięczne, od 3 miesięcy karmione sokiem z surowego mięsa wołowego, w stolcach członki tasiemca przewierconego. Po podaniu wyciągu eterycznego paproci odejście licznych członków z wyjątkiem główki. Po 3 latach autor znowu ma sposobność stwierdzić u tejże chorej obecność tasiemca; podanie świeżych nasion dyni usuwa tasiemca razem z główką. Warunkiem skuteczności nasion dyni jest bezwzględna świeżość. Dr T. T.

Marfan. **O wielkim, wiotkim brzuchu u oseskόw.** (Arch. de méd. des enf. t. XIV, Nr 8, 1911). Oprócz powiększeń brzucha z powodu obecności w jamie brzusznej wolnego płynu, guzów nowotworowych, z powodu obrzęku śledziony, wątroby itp., odróżnia autor jeszcze dwie odrębne formy powiększonego brzucha u oseskόw: wielki brzuch napięty (gros ventre tympanique) i wielki brzuch wiotki (gros ventre flasque). Pierwszy typ znamionuje się silnem napięciem powłok brzusznych i dźwięcznością odgłosu opukowego.

Jest on zwykle zjawiskiem przejściowem i występuje w przebiegu nieżytów jelita lub zapalenia otrzewnej, bardzo zaś rzadko jest wyrazem nerwicy, polegającej na połykaniu powietrza i zatrzymywaniu go w jelitach; najrzadziej zaś spotyka się wielki brzuch wzdęty w postaci przewlekłej, która jest następstwem przewlekłych nieżytowych biegunek, uporczywego, bardzo znacznego zaparcia stolca, najrzadziej zaś następstwem gruźlicy gruczołów krezkowych lub schorzeń wątroby.

We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem wspomnianej nerwicy, przyczyną wzdęcia brzucha jest, według autora, napięcie, »wzwód« ściany jelita, wywołane przekrwieniem czynnem lub biernem w następstwie zmian nieżytowych lub zastoinowych tak, że rozdęcie jelit gazami jest rzeczą podrzędną. W przeciwieństwie do tej formy, wielki wiotki brzuch jest miękki, daje się łatwo ugnieść, główna jego masa zajmuje boczne części, odgłos opukowy jest głuchy, przy wstrząsaniu czuć przelewania pochodzenia żołądkowego. Jednym z najważniejszych objawów tego typu jest wiotkość ścian jamy brzusznej, czego wyrazem jest bardzo często rozstęp mięśni prostych z następową przepukliną.

W dość licznych przypadkach wytwarza się wielki wiotki brzuch bez jakichkolwiek poprzednich zaburzeń żołądkowo-jelitowych; w większości jednak przypadków poprzedzają jego powstanie biegunki nieżytowe lub zaparcie stolca z wymiotami; objawy te zmniejszają się powoli i wreszcie znikają z chwilą wytworzenia się zwiększenia brzucha, na ich miejsce zaś zjawia się niestrawność z niedowładu jelit ze zmiennością apetytu, zaparciem stolców, zmniejszeniem kwaśności treści żołądkowej i zwiększeniem fermentacyi jelitowej. Ponieważ autor u wszystkich dzieci z wielkim wiotkim brzuchem znalazł mniej lub więcej wybitne objawy krzywicy, dlatego łączy w ścisły związek obie te sprawy i uważa wielki wiotki brzuch za objaw krzywicy. W przeciwieństwie do brzucha napiętego, spotykamy tu zwiotczenie ścian żołądka i jelit, powiększenie zaś brzucha tłomaczy autor przedewszystkiem zwiększeniem masy całego jelita, zwłaszcza cienkiego, co jest następstwem zwiększonej długości przewodu pokarmowego. To wydłużenie jest zupełnie odmienne od wydłużenia w chorobie Bednara. Jakobiego, gdzie spotykamy wydłużenie tylko pętli esowatej, jako zmianę wrodzoną; natomiast tu wydłużenie dotyczy całego jelita i rozwija się w życiu pozapłodowem. Badanie makro- i mikroskopowe nie stwierdza żadnych zmian zapalnych, tylko ścieńczenie warstwy mięsnej żołądka i jelit i właśnie temu ścieńczeniu przypisuje autor wydłużenie jelita. Również zmniejszone napięcie powłok brzusznych polega na zwiotczeniu mięśni. Przyczyną wielkiego wiotkiego brzucha są te same czynniki, które wywołują i krzywicę; występuje on wyraźnie dopiero po 6. miesiącu życia, trwać zaś może miesiące, a nawet lata; po czwartym roku życia zwykle się go już nie spotyka. Leczenie, jak przy krzywicy.

Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 4. marca 1912.

1) Czł. M. Siedlecki przedstawia pracę prof. Karola Kleckiego: **O wpływie emanacyi radu na fagocytozę mikrobów.**

Autor dokonał 28 doświadczeń, z których 26 wykonał z mikrobami, mianowicie prątkiem okrężnicy, gronkowcem ropotwórczym złotym i prątkiem gruźlicy ludzkiej. Na tej zasadzie autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Emanacya radu, uwolniona z wody, w której znajduje się w ilości, wynoszącej 1,000.000 jednostek emanacyjnych w 1 litrze, wywiera wpływ na fagocytozę mikrobów. 2) Wpływ ten na pożeranie rozmaitych mikrobów jest różny: potęguje on fagocytozę prątka okrężnicy i gronkowca ropotwórczego złotego, a osłabia fagocytozę prątka gruźlicy. 3) Emanacya radu działa zarówno na fagocyty, jak na mikroby. 4) Emanacya radu może działać na różne mikroby rozmaicie: na prątka okrężnicy i gronkowca ropotwórczego złotego działa ona inaczej, niż na prątka gruźlicy ludzkiej. 5) Spotęgowanie fagocytozy prątka okrężnicy przez emanacyę radu pochodzi w wyższym stopniu z działania jej na fagocyty, w mniejszym zaś stopniu z działania jej na pożerane mikroby.

2) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy, wykonanej wspólnie z p. J. Roblem: **O a-filoheminie i wzorze a-filoporfiryny.**

Autorowie podają analizy, których dokonali przy badaniu a-filoheminy otrzymanej z a-filoporfiryny przez działanie soli żelazawych w obecności kwasu octowego i soli kuchennej. Otrzymane wyniki zgadzają się z teoretycznie obliczonymi dla wzorów $C_{12}H_{32}N_4O_2FeCl$ i $C_{32}H_{34}N_4O_2FeCl$; wykluczają zaś możliwość wzorów $C_{33}H_{34}N_4O_2FeCl$ i $C_{34}H_{36}N_4O_2FeCl$. Z tego wynika, że a-filoporfiryna może mieć skład $C_{13}H_{34}N_4O_2$ albo $C_{22}H_{36}N_4O_2$. Ten ostatni wzór proponowany już był przez Schuncka i Marchlewskiego. Za nim przemawiają też nowsze analizy a-filoporfiryny.

3) Czł. Ad. Prażmowski przedstawia pracę własną: **Studya nad azotobakterem. Część pierwsza: Morfologia i cytologia.**

4) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. J. D. Borkowskiego p. t.: **Zarys teoryi chemicznej zjawisk hemolizy i hemaglutynacyi.**

Z badań autora wynika, co następuje: 1) Pod wpływem podwyższonej ciepłoty, wyładowań elektrycznych, działania wody, roztworów hypotonicznych, alkoholu, eteru itd. wypadają z zawiesiny kurzego białka globuliny; pod wpływem tych samych czynników wypadają z krwinek globuliny, przyczem następuje hemoliza. 2) Kwasy i ługi hemolizują, ponieważ tworzą z białkami łatwo rozpuszczalne związki. 3) Ciała i związki, które tworzą z białkami strąty rozpuszczalne w nadmiarze białka, hemolizują, w wyższych zaś stężeniach aglutynują. 4) Ciała, tworzące z hemoglobiną strąty, aglutynują; hemolizy w tych przypadkach być nie może. 5) Ciała, które, podobnie jak rycyna, strącają lecytynę, działają tylko aglutynująco.

Zjawisko hemolizy jest zależne według autora nie od morfologicznych, lecz od chemicznych własności wszystkich składników krwinek. Zjawiska hemolizy i aglutynacyi są wynikiem zaburzenia chemizmu krwinek, wywołanego przez jakikolwiekbądź czynnik. Z ogólnych własności chemicznych danego ciała można przewidzieć jego działanie na krwinki, t. j. można przewidzieć, czy ciało tylko hemolizuje, czy tylko aglutynuje, czy wreszcie w słabszych stężeniach hemolizuje, w wyższych zaś aglutynuje.

(Przedmiot 2 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 28 lutego 1912 r.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 110.

1) Koledzy Dr Bańkowski i Dadej przedstawiają hodowle i preparaty **zarazka krztuśca.**

Wspólnie z kolegą Dadejem otrzymaliśmy czystą hodowlę zarazków krztuśca z przypadku ambulatoryjnego (klin. chor. dzieci). Po podrażnieniu krtani i wywołaniu kaszlu wzięta była przez kol. Dadeja wydzielina zapomocą

tamponu (jak przy błonicy) i przeniesiona na agar glicerynowo-ziemniaczany z krwią króliczą, sporządzony według przepisu Bordeta. Wyosobniona hodowla posiada wszystkie cechy, charakteryzujące krztusiec. Ogólną charakterystykę zarazka krztuśca podali odkrywcy: Bordet i Gengou, dokładniej zbadali go Sulima, Fraenkel, Arnheim, Seiffert, Klimenko i inni. Główne cechy hodowli i zarazka przytaczamy, opierając się głównie na pracy Klimenki (Cbl. f. Bakt. 1909, T. 50, str. 305). Wprost z ustroju udaje się hodowanie tylko na agarze Bordeta[1]). Należy wybierać początkowe okresy choroby (okres nieżytowy). Kolonie widoczne są po 2 dniach w postaci bardzo drobnych, wypukłych, okrągłych, błyszczących kropli. Przyzwyczajony do pożywki, rośnie szybciej. Po paru miesiącach rośnie na wszystkich pożywkach. Charakterystycznie rośnie na mleku (klaruje i alkalizuje). Należy do tlenowców. Optimum ciepłoty 36^0—38^0. Oddziaływanie pożywki obojętne albo słabo zasadowe. Nasz szczep z początku rósł tylko na agarze Bordeta, po paru tygodniach na zwykłym agarze nie rośnie, rośnie na agarze surowiczym, bulionie surowiczym, ziemniaku z wodą glicerynową polanym krwią. Rośnie na agarze glicerynowym z krwią króliczą i z krwią świnki morskiej, ginie przy użyciu krwi bydlęcej. Sam zarazek jest $1^1/_2$—2 razy większy od zarazka grypy, ma postać laseczki zaokrąglonej, pojedyncze osobniki różnią się pod względem wielkości, układa się niekiedy w dwoinki, zwrócone ku sobie końcami, lub w postaci łańcuszków. Odróżniają niektórzy dwa typy: krótki okrągławy, zbliżony do ziarenkowców, wydłużony. Zarazek krztuśca nie tworzy osłonek, zarodników nie daje, nie posiada rzęsek, jest nieruchomy. Barwi się naogół wszystkimi barwikami anilinowymi w alkoholowych, a zwłaszcza w alkoholowo-karbolowych rozczynach. Jest gramo-ujemny. Barwi się dwubiegunowo, zwłaszcza przy użyciu błękitu toluidynowego[2]). Barwik ten najwłaściwszym jest dla odróżnienia prątka krztuśca od innych bakteryi. Prątek krztuśca barwi się słabiej fioletowo z odcieniem różowym (metachromazya), inne bakterye silnie niebiesko (barwię krótko — 2—3 sekundy — preparat ostudzony po utrwaleniu w płomieniu). Chorobotwórczość: Najsilniej oddziałują białe myszy, morskie świnki, szare myszy, gołębie, zwłaszcza przy wstrzyknięciu śródotrzewnem. W naszym przypadku po wstrzyknięciu 24-godzinnej hodowli bulionowej w ilości dużej, mysz padła po 10 godzinach. Ze krwi wyhodowaliśmy zarazki krztuśca. Większość badaczy twierdzi, że działanie chorobotwórcze jest wynikiem endotoksyn, zawartych w ciałach bakteryi. Młode psy, koty, małpy zapadają na krztusiec po zakażeniu śródtchawicznem. Zwierzęta nie zakażone, utrzymywane razem z choremi, również ulegają zakażeniu (Klimenko). W surowicy krwi chorych na krztusiec i uodpornianych zarazkami zwierząt znajdować się mają ciała swoiste, aglutyniny i ciała powodujące odchylenie dopełniacza. W tym kierunku wyniki badań nie są zgodne. Dla wykonania aglutynacyi najlepiej posługiwać się metodą, opisaną przez Odaizę (Cbl. f. Bakt. 1911 H. 2), a to celem uniknięcia aglutynacyi przez rozczyn soli i usunięcia resztek podłoża (krwi). Odaiza znalazł, że surowica królików, uodpornionych zarazkami krztuśca, aglutynowała swoiście w rozczynie 1:80 do 1:160, dawała możność wyróżnić dwa typy zarazków krztuśca od siebie i oba te typy od innych hemoglobinofilnych bakteryi (influenza, caninus haemoglobinoph. Friedbergeri, meningitidis cerebrospinalis septicaemis. Cohena — otrzymany w swoim czasie w hodowli czystej przez Dra Bujaka). Odaiza, również jak i Cohen i Fitzgerald doszli do wniosku, że surowice swoiste działają silniej aglutynująco; wiązanie dopełniacza występuje mniej wybitnie. Bächer i Menschikoff (Cbl. f. Bakt. 1911 z. 3) nie mogli znaleźć w surowicy chorych na krztusiec ciał swoistych, powodujących wiązanie dopełniacza; znaleźli je u chorych, leczonych szczepionkami bez widocznego wpływu na przebieg choroby. W przeciwieństwie do tego Bordet i Gengou, Gengou i Brunard polecają sposób wiązania dopełniacza, jako dobry sposób rozpoznawczy, zwłaszcza w przypadkach, kiedy objawy kliniczne są niewyraźne (u dorosłych). Z polskich prac znana mi jest praca Kona. Autor stwierdzał aglutynacyę z surowicami chorych dzieci (1:80, na 100, w 4 przypadkach na 250). Bliżej nie podaje metody, jaką posługiwał się, zaznacza tylko, że do zawiesiny używał płynu Kocha. Aglutynacyę wykonałem z surowicą ozdrowieńca po krztuścu dwukrotnie. Raz otrzymałem w rozczynie 1:100 (niewyraźną), po raz drugi w rozczynie 1:70 zupełnie wyraźną. Wiązanie dopełniacza z przyczyn ubocznych nie dało mi na razie wyniku przekonującego. Wynik aglutynacyi oczywiście traktuję jako oryentacyjny. Sprawa powstawania ciał swoistych w surowicy i sama etyologia krztuśca nie są z całą dokładnością wyjaśnione i wymagają dalszych badań. Świadczą o tem przytoczone wyżej wyniki, oraz b. rozmaite cyfry otrzymywania hodowli z przypadków krztuśca, podawane przez rozmaitych autorów.

(Przedstawiono hodowle na agarze z krwią, agarze surowiczym, bulionie surowiczym, zdjęcia fotograficzne, wykonane przez Prof. Bujwida — hodowli i preparatów, barwionych fuksyną. Pod mikroskopem: oryginalny preparat krztuśca, przywieziony od Bordeta (ze zbiorów kliniki pedyatrycznej), preparaty, barwione błękitem toluidynowym, metodą Dr Eisenberga (cyanozin + chinablau), tuszem). (Streszczenie własne).

2) Kol. Prof. Kader przedstawia szereg operowanych przez siebie chorych oraz przypadek **kilaka** na lewym policzku, sprawiający trudności rozpoznawcze.

W dyskusyi przemawiali:

Kol. prym. Borzęcki odnośnie do chorego, przedstawionego przez kol. Kadera ze zmianami w okolicy policzka lewego sądzi, że rozpoznać należy sprawę kiłową, dodając, że rozpoznanie w podobnych przypadkach nie zawsze zostaje wyjaśnionem odczynem Wassermana. W przypadkach bowiem kiły późnej, — zwłaszcza jednoogniskowej, — odczyn może być ujemny. Jeżeli zaś wynik badania klinicznego przecież usprawiedliwi rozpoznanie zmiany kiłowej, to podanie choremu dużych dawek jodku potasu, 3—5 gr. pro die, najczęściej już w krótkim czasie daje wynik leczniczy.

Kol. Dr Rosenhauch podnosi, że podobny przypadek zdarzył się w krakowskiej klinice okulistycznej. Chora ze zmianami na skórze w okolicy pachwinowej, podszczękowej i przyusznej, leczona w kilku zakładach jako gruźlica, zgłosiła się z powodu guza gałki lewej. Odczyn tuberkulinowy ujemny, Wassermanna dodatni[1]). Radca Dw. Prof. Wicherkiewicz zastosował wstrzyknięcie wśródżylne salwarsanu. Po kilku tygodniach zmiany w skórze i gałce ustąpiły niemal zupełnie.

Kol. Prof. Gliński odnośnie do ostatniego przypadku zaznacza, iż badanie mikroskopowe nadesłanego do zakładu anatomii patologicznej wycinka z tego przypadku nie stwierdziło w nim nic charakterystycznego, w szczególności nic takiego, co mogłoby uprawniać do rozpoznania raka lub promienicy. Również w wycinku tym nie stwierdzono nic podejrzanego w kierunku kiły, co zresztą

---

[1]) Agar Bordeta, 200 cm. $4^0/_0$ wody glicerynow. + 100_0 pociętych ziemniaków. 15 min. w autokl. przy 115^0, przesączyć przez płótno. 50 cm. tego odwaru + 150_0 NaCl.—$0{\cdot}85^0/_0$ kwadrans w autoklawie przy 115^0. Przy rozlewaniu do próbówek równa ilość krwi króliczej odwłóknionej.

[2]) Błękit toluidynowy $5{,}_0$ Alcohol abs. 100_0, woda 500_0. Po rozpuszczeniu na zimno $5^0/_0$ woda karbolowa—500_0.

Uwaga. Z 2. przypadku obecnie również wyosobniliśmy czystą hodowlę krztuśca.

[1]) Badanie drobnowidowe nie wykazało zmian znamiennych ani dla gruźlicy, ani dla nowotworu.

w przypadkach kiły, zwłaszcza przy badaniu drobnych wycinków, jest zjawiskiem wcale pospolitem.

3) Kol. Dr Jekels miał wykład: **O psychoanalizie Freuda.**

Prelegent omawia na wstępie pojęcie »nieświadomego«, które wykazywane i stwierdzane przez każdą analizę newrozy lub marzenia sennego, przestało być problematem spekulacyi filozoficznej i stało się zjawiskiem psychologicznem. Napomknąwszy o przełomowej doniosłości tego zjawiska dla filozofii, wskazuje na to, że to »nieświadome« dzieli psychoanalizę od dotychczasowej psychologii, (tak introspektywnej jak i eksperymentalnej), dla której naogół nie istnieje »nieświadome« w psychice naszej i która stoi na stanowisku, że wszystko, co psychiczne, jest świadomem. Ta zasadnicza różnica tłómaczy się tem, że psychologia szkolna nie zna i nie stosuje w swych badaniach metody, którą się psychoanaliza posługuje, — a która jedynie i wyłącznie prowadzi do tych głębokich warstw psychiki, w których się odnajdują nieświadome zespoły.

Omawiając w dalszym ciągu metodę psychoanalizy, przedstawia prelegent rozwój psychoanalizy: metodę katartyczną Brenera, metodę nalegania Freuda i wreszcie tegoż metodę »swobodnych kojarzeń«, — przyczem wykazuje, w jaki sposób Brener i Freud doszli do ustalonego już dziś poglądu, że objaw chorobowy w newrozie jest zniekształconym, celowo dla świadomości chorego spreparowanym tworem zastępczym pewnych niecenzuralnych, więc dlatego stłumionych i w nieświadomość popadłych prądów psychicznych, — które w tej zmienionej szacie niejako legitymują się przed świadomością chorego, i tylko w tej postaci uzyskują prawo bytu, — przyczem prelegent obszerniej omawia cały szereg zjawisk, jako to: normalne zapominanie, tłumienie i t. d.

Omawiając treść i zawartość tych stłumionych, nieświadomych kompleksów wskazuje na to, że istotnie zgodnie z twierdzeniami Freuda w każdym przypadku newrozy wykrywa psychoanaliza stłumienia seksualne jako najgłębszy podkład i jako motor newrozy, omawia następnie rozwój psychoseksualizmu, przyczem wskazuje na seksualizm dziecięcy, tudzież na to, że sposób oddziaływania psychiki naszej na życie jest ściśle i wyłącznie uwarunkowany przebiegiem rozwoju naszego psychoseksualizmu.

W końcu wskazuje prelegent na niepraktykowane po za tem w nauce postępowanie przeciwników psychoanalizy, którzy, nie czyniąc doświadczeń metodą psychoanalizy, zaprzeczają jej odkryciom. (Streszczenie własne).

Za sekretarza dorocznego: Dr Sikorski.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie dnia 12. XII. 1911 r.

1) Rogalski przedstawia chorą **z guzem w oczodole lewym i to prawdopodobnie natury kiłowej.** Chora, przysłana do zbadania z kliniki okulistycznej prof. Wicherkiewicza, w wieku 37 lat, podaje, że od 8. roku cierpi na gościec stawowy, w 18. roku przechodziła zimnicę, a między 20. a 30. rokiem kaszlała i pluła krwią. Przed 15 laty wyszła za mąż. Pierwszy poród prawidłowy, dziecko żyje, zdrowe; następne dwa poronienia w 5. i 3. miesiącu, które chora miała sprowadzać sama, gdyż mąż miał gruźlicę płuc i nie chciał mieć dzieci. Chorób wenerycznych miała nie przechodzić. Od jesieni 1910 do lata 1911 miała chora ulegać nieraz urazom w głowę w okolicę ciemieniową, uderzając się o futrynę nizkich drzwi piwnicy. W jesieni 1910 zgłaszała się do lekarza z powodu kłucia w oczach; rozpoznano nieżyt spojówek i polecono zakraplanie. W czerwcu 1911 zauważyła chora, że przy czytaniu widzi litery podwójnie, co usuwała przez zamykanie oka lewego. Po kilku tygodniach spostrzegło otoczenie, że lewe oko chorej jest większe, więcej okrągłe, a lewa źrenica szersza. Chora przypomina sobie, że zmiana ta wystąpiła od czasu, gdy chora przestała używać przepisanego jej jodu z powodu kłucia w piersiach. Po dwóch miesiącach dołączył się do tych objawów ból głowy lewostronny, który dopiero w listopadzie się zmniejszył. Stosowne wcierania rtęciowe wpłynęły dodatnio: oko lewe mniej stawało się wypukłe i ból głowy zmniejszał się. Ustrój chorej nie znosił jednak rtęci i trzeba było przerwać leczenie.

Badanie wykazuje następujące objawy chorobowe: Przy opukiwaniu czaszki odnosi chora wrażenie, że uderzenia po stronie lewej są głuchsze, niż po prawej, przy dalszem zaś badaniu znajdujemy zmniejszenie czucia dotykowego i bólowego w obrębie pierwszej i drugiej gałązki nerwu trójdzielnego, silniejsze w zakresie pierwszej. Ruchy powiekami i gałką oczną po stronie prawej we wszystkich kierunkach prawidłowe i wydatne. Po stronie lewej unosi chora powiekę górną tylko o tyle, o ile może to wykonać przy pomocy mięśnia czołowego. Przy patrzeniu zaś wprost gałka lewa zbacza o około 20^0 na zewnątrz. Gałka oczna lewa jest wysadzona, fałd brwiowo-powiekowy zniesiony, napięcie gałki zwiększone. Oddziaływanie źrenicy prawej prawidłowe, źrenicy lewej badać nie można, gdyż chora z powodu objawów jaskry pobiera środki, zwężające źrenicę. Bystrość wzroku badana bez szkieł: Pr. 6/4, L. 6/36. Pole widzenia prawidłowe. Podwójne widzenie skrzyżowane. Badanie promieniami Roentgena dało wynik ujemny. Inne nerwy czaszkowe, jak również narządy wewnętrzne, kończyny górne i dolne, odruchy brzuszne i mocz nie wykazują zmian chorobowych.

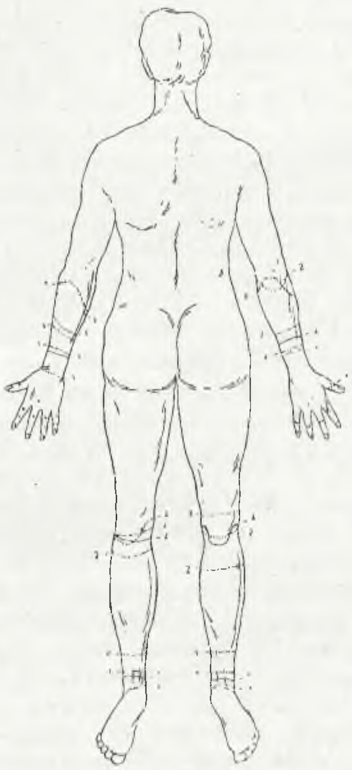
W dyskusyi Piltz podnosi, że historya choroby sprzeciwia się przyjęciu złośliwego nowotworu lub gruźlicy, a przemawia raczej za łagodną naturą guza. — Blassberg wskazuje na pewne dodatnie wyniki leczenia swoistego w podobnych przypadkach i proponuje podawanie przez dłuższy czas jodu. — Po dyskusyi zgodzono się na tę propozycyę i dopiero w razie ujemnego wyniku leczenia na ewentualne przystąpienie do wyłuszczenia gałki ocznej.

W klinice okulistycznej wykonano irydektomię z powodu objawów jaskry, a po ich ustąpieniu wypuszczono chorą do domu i przepisano duże dawki jodu. Chora nie zgłosiła się więcej do kliniki i nie zdołano się dowiedzieć, jaki jest obecny stan chorej.

2) Jasiński przedstawia chorego F. F., lat 18, czeladnika szewskiego, który zgłosił się z powodu upośledzenia władzy w rękach i nogach, zwłaszcza w prawej ręce i lewej nodze. Obciążenia dziedzicznego niema, rodzeństwo również zdrowe. Chory przyszedł na świat jako dziecko zdrowe i rozwijał się początkowo prawidłowo. W 4. roku życia przechodził jakąś chorobę gorączkową, która pozornie minęła bez śladu. W następnych jednak latach zaczęły występować zaburzenia w zakresie kończyn dolnych. Chory doznawał bolów, zwłaszcza w stawie kolanowym i skokowym, a następnie w stawach palców, tak że w 12. roku życia z trudnością chodził i przy podnoszeniu nóg musiał używać wysiłku. W tym samym czasie pojawiły się zaburzenia w obrębie kończyn górnych. Zwolna tracił chory możność wykonywania delikatniejszych ruchów palcami rąk, a w 14. r. wystąpiło upośledzenie ruchów w stawie nadgarstkowym. Stan taki utrzymuje się prawie bez zmiany do dnia dzisiejszego.

Badanie wykazało następujące zmiany chorobowe: W obrębie nerwów czaszkowych zmian niema. W zakresie kończyn górnych odwracanie (supinacya) niemożliwe, doprowadzanie i odprowadzanie dłoni upośledzone, przeciwstawianie palców znacznie utrudnione, zestawianie i rozstawianie ich zniesione. Zaburzenia te są obustronne. Ręce pazurowate, przy wyciągniętych rękach obie dłonie zwisają, palec wielki podwinięty. Odruchy słabo zaznaczone: drżenie włókienkowe w pęczkach mięśni trójgłowych. W zakresie kończyn dolnych: Stopa końsko-szpotawa, chód czapli, ruchy w stawie skokowym upośledzone, ruchy palcami zniesione. Odruchy zniesione. Wybitne zaniki w obu goleniach. Badanie prądem elektrycznym wykazało odczyn zwy-

rodnienia w zakresie mm. międzykostnych (2. i 5.) obu rąk; to samo tyczy się mm. strzałkowego długiego i piszczelowego przedniego obu nóg. Odczynu myotonicznego niema. Badanie czucia wykazało zaburzenia, uwidocznione na dołączonej figurze. Przebieg choroby i wynik badania pozwala na pewne rozpoznanie **postępującego zaniku mięśniowego neurotycznego, typu strzałkowego (Charcot-Marie)**.



1 — górna granica silniejszego, 2 = słabszego upośledzenia czucia:
— dotykowego, — · — · termicznego przy 0^0
. . . . . bólowego, — · · — · · termicznego przy $+ 50^0$.

W dyskusyi podnosi Piltz, że stwierdzone zaburzenia i dysocyacya czucia są analogiczne do zmian, jakie dały się wykazać u podobnego chorego, badanego przez mowcę w ambulatoryum w roku 1906. Doświadczenie zaś wykazuje rzadkość tego rodzaju spostrzeżeń.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVII. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dn. 1. (14) kwietnia 1911 r.

Obecnych członków 25, gości 8, przewodniczy wiceprezes Wydziału lekarskiego prof. Dr J. Ziemacki.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Kand. chemii Józef Szabłowski wypowiedział rzecz pod tyt.: **Badania nad promieniotwórczością wód Birsztańskich wobec spółczesnego stanu wiedzy o promieniotwórczości wód mineralnych**. Omówiwszy na wstępie, jak wielkie zastosowanie ma obecnie w medycynie rad i wogóle ciała promieniotwórcze, przedstawił prelegent szereg przetworów, wyrabianych w Niemczech, jako to: watę, tkaniny przesiąknięte istotami promieniotwórczemi, a nawet rozczyny do podskórnego wstrzykiwania i sztuczną wodę promieniotwórczą. Następnie przeszedł mowca do badań własnych, które wykonał w tutejszym Uniwersytecie wraz z p. Borowikiem. Badania te wykazały, że wody mineralne birsztańskie zawierają w znacznym stopniu substancye promieniotwórcze. Mówca wykazał, że jeżeli za jednostkę porównawczą wziąć zdrój Narzan w Kisłowodsku, to dla starych wód birsztańskich stosunek ich promieniotwórczy do Narzanu wyrazi się 7,5 : 17, a stosunek nowych źródeł 5 : 17. Porównując źródła druskienickie, które zostały zbadane przez prof. Borgmana, ze źródłami birsztańskiemi, twierdzi prelegent, że birsztańskie są silniej promieniotwórcze.

Prócz tego porównywał prelegent wody birsztańskie i borżomskie, zbadane przez prof. Zaleskiego; jednego z pierwszych, którzy tę sprawę poruszyli w Rosyi.

Dyskusya: Dr. Piotrowicz zapytuje prelegenta, jak długo woda mineralna, np. rosyjska, utrzymuje emanacyę. — Prelegent: Jeżeli woda zawiera sole radu lub toru, to stworzą one znów emanacyę, nawet jeżeli otworzyć wodę i gaz wypuścić, tak np. w Borżowie, Narzanie, w których to wodach jest rad. To samo tyczy się i wód zagranicznych, szczególniej cieplic: Karlsbad, Vichy i innych. — Dr Michałowicz: Przy Towarzystwie higienicznem warszawskiem ma być utworzona komisya do badania wód mineralnych krajowych, więc może należałoby się tam zwrócić, ażeby otrzymać różne próbki do badania. — Prelegent dziękuje za wskazówki. — Inż. Rudnicki zwraca prelegentowi uwagę, że nie wspomniał o limanie Ewpatoryjskim i Chodżybejskim. Kujalnicki jest więcej promieniotwórczy, niż Sakski, jak to twierdzi prelegent, pomimo to Sakski działa na chorych silniej i skuteczniej. Mówca zapytuje, w jaki sposób prelegent ustala te poglądy. — Prelegent przytacza dane prof. Borgmana i na nich się opiera. — Prof. Zaleski podnosi zasługi prelegenta wobec nielicznych u nas badań, dodając, że sprawa ta nawet zagranicą jest mało jeszcze opracowana. Mówca wyjaśnia, w jaki sposób tworzy się emanacya i dość sceptycznie zapatruje się na leki, zawierające rad. — Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Odczyt Dra filoz. Jana Czekanowskiego p. t.: **Przyczynek do antropologii Królestwa Polskiego**, został odłożony do następnego posiedzenia.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prof. Dr Zaleski wystąpił z przemówieniem, poświęconem pamięci prof. Dra Stanisława Kostaneckiego, i zaznaczył, że otrzymał od p. Kropiwnickiego z Iwanowo-Wozniesieńska odezwę, podpisaną przez 10 jeszcze uczniów ś. p. Kostaneckiego, którzy na fundusz Jego imienia już zebrali 1050 rsr. Mówca odczytuje odezwę i wzywa obecnych do składania na ten wzniosły cel dalszych ofiar. 2) Przewodniczący prof. Ziemacki, podając do wiadomości, że dotychczasowy wiceprezes Komitetu budowy szpitala polskiego, Dr Zakrzewski, dla braku czasu ustąpił, wyraża w imieniu »Związku« serdeczne podziękowanie tak dla niego, jakoteż dla jego małżonki, którzy położyli wiele trudów i znacznie zwiększyli fundusze budowy szpitala. Przez aklamacyę obrano wiceprezesem Komitetu budowy szpitala polskiego w Petersburgu Dr Eugeniusza Marcinkiewicza. 3) Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż od 18—23. lipca ma się odbyć Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie, a również w tym czasie przypada 50-letni jubileusz naszego organu »Przeglądu lekarskiego.« Zgromadzenie uchwala, ażeby ten z kolegów, który się wybiera na Zjazd, był zarazem delegatem »Związku« i na Zjeździe i na obchodzie jubileuszu. Radę zaś upoważniono do oznaczenia, w jaki sposób ma być uczczony jubileusz »Przeglądu lekarskiego«. 4) Prof. Ziemacki wzywa obecnych do drukowania prac jubileuszowych w »Przeglądzie lekarskim.«

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich.

Komitet organizacyjny II. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Krakowie w grudniu w r. 1912, ustanowił po porozumieniu się z neurologami z Królestwa Polskiego, Poznania, Lwowa i Krakowa następujące

tematy główne: 1) Metoda psychoanalityczna, 2) Zjawiska psychoelektryczne, 3) Nowe metody badania narządu przedsionkowego i 4) Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatryi.

Poza powyższymi tematami głównymi, które mają być omawiane w szeregu referatów i odczytów, proponowany jest szereg odczytów luźnych. Pośród nich Komitet postanowił w myśl poprzedniego Zjazdu poświęcić szczególną uwagę stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą, wyznaczając mu szereg odczytów w związku ze zwiedzaniem nowo budującego się zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie i kliniki neurologiczno-psychiatrycznej. Podobnież ma być pośród odczytów uwzględniona obszerniej anatomia patologiczna kory mózgowej.

Zjazd, który potrwa około 4 dni, odbędzie się między 15. a 21. grudnia. Zgłoszenia odczytów równie jak i krótkie streszczenia referatów i odczytow przyjmuje Komitet do końca września. Do tego też tylko czasu przyjmuje się tematy zastrzeżone. Pożądanem jednak jest, aby o odczytach, stojących w związku z wyżej wymienionymi tematami głównymi, Komitet został powiadomiony przed 15 kwietnia.

Za Prezydyum Komitetu:

Stefan Borowiecki, sekretarz. Jan Piltz, przewodniczący.

II. Zjazd lekarzy rządowych.

II. Zjazd lekarzy rządowych z całej Austryi odbędzie się w Krakowie d. 24. do 26. czerwca b. r.

Uczestniczyć w Zjeździe, jako członkowie zwyczajni, mogą lekarze, zajmujący stanowisko urzędowe (lekarze rządowi wszelkich kategoryi, profesorowie i asystenci uniwersytetu i t. d.), a jako goście — z równemi prawami — wszyscy lekarze z Galicyi. Rodziny członków i gości Zjazdu uczestniczyć mogą w posiedzeniach Zjazdu, zebraniach i wycieczkach. Wkładka członków Zjazdu wynosi po 10 kor., dla rodzin po 5 kor. od osoby.

Godziny przedpołudniowe w ciągu trzech dni Zjazdu przeznaczone są na posiedzenia naukowe, godziny popołudniowe 24. i 25. czerwca wypełni zwiedzanie miasta, jego zabytków, zbiorów artystycznych i zakładów lekarskich, 26. czerwca zaś odbędzie się popołudniu wycieczka do kopalni w Wieliczce. Wieczorem odbywać się będą zebrania i przyjęcia.

Po Zjeździe, 27. czerwca, odbędą się dwie wycieczki: 1) do Zakopanego ze zwiedzeniem zakładów Dr Dłuskiego i Dr Chramca, ewentualnie z wycieczką do Morskiego Oka; 2) do Witkowic na Morawach dla zwiedzenia największych w Austryi zakładów przemysłu żelaznego i kopalni węgla.

Zjazd ten będzie pierwszym Zjazdem lekarskim, gromadzącym w Krakowie licznych cudzoziemców; liczba ich dojdzie prawdopodobnie kilkuset osób, co zapewne zachęci do udziału także licznych lekarzy z Galicyi, których ogółowi na tym Zjeździe przypada rola gospodarzy.

Dla przygotowawczych prac zawiązał się w Krakowie komitet miejscowy, do którego należą: Dr Gustaw Bielański, Prof. Dr Ciechanowski, Prof. Dr Dobrowolski, Prof. Dr Domański, Dr Janiszewski, Prof. Dr Nowak, Prof. Dr Ponikło, Prof. Dr Piltz, Dr Schneider, Dr Weinsberg, oraz Dr Czyżewicz z Jarosławia i Dr Dzikowski z Tarnowa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 27. III. 1912 posiedzenie, na którem prof. Kader przedstawiał i omawiał przypadki operowane: zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia otrzewnej po pęknięciu jelita, resekcyi lewego płatu wątroby z powodu bąblowca, wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego, a Dr Gertler przedstawił nowsze sposoby odróżniania prątków duru od prątków okrężnicy. W dyskusyach przemawiali: prof. Braun, prof. Bujwid, Dr Blassberg, Dr Hirsch, prof. Rosner i prelegenci.

— »Nadzieja, Towarzystwo ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej«, utrzymujące sanatoryum w Szczawnicy, ogłosiło sprawozdanie za r. 1911 (szósty istnienia). Towarzystwo, złożone z 13 grup w większych miastach Galicyi, miało w tym roku dochodu 7144 kor. (w tem 5861 z wkładek członków), a rozchodu 6630 kor. (w tem 5733 kor. utrzymanie zakładu w Szczawnicy), w funduszu żelaznym 908 koron, w funduszu budowy domu na sanatotoryum 4192 kor. W sanatoryum, którem z wielkim poświęceniem kieruje Dr Rudolf Hammerschlag, leczono 30 chorych (średni pobyt 43·8 dni), uzyskując u 9 poprawę bezwzględną, u 20 względną. Prezesem Towarzystwa jest Dr Jan Landau sen., sekretarzem Dr Ch. Hilfstein.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Antoni Władysław Schröder i Bolesław Ludwik Zakliński z Krakowa.

— Na Prądniku Czerwonym pod Krakowem wybuchła ospa, zawleczona z Królestwa Polskiego. Miejski Urząd zdrowia zastosował energiczne środki ochronne przeciw szerzeniu się epidemii.

— Streszczenie piśmiennictwa polskiego położniczo-ginekologicznego za rok 1910 przez Fr. Neugebauera wydrukowane zostało po francusku w styczniowym zeszycie 1912 »Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie« str. 84—94, streszczenie po niemiecku w »Gynaekologische Rundschau« 1912, zeszyt 4, str. 154—165 oraz zeszyt 5, str. 193—200.

— Lecznica Dr Tarnawskiego w Kosowie przekształca się na przedsiębiorstwo akcyjne.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. III. do 23. III. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca —, ospy wietrznej 8, płonicy 4 † — (— † —), odry 4 † —, duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), gorączki połogowej — † — (2 † 2), róży 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Władze zezwoliły na odbycie w jesieni r. b. Zjazdu chirurgów Królestwa Polskiego.

— Doc. Dr Władysław Janowski wybrany został wiceprezesem Towarzystwa naukowego warszawskiego. W zakresie czynności Towarzystwa jest nowo obrany wiceprezes dobrze znany z działalności swej na dawniej zajmowanem stanowisku generalnego sekretarza Towarzystwa.

— Zmarły przed kilku dniami inżynier Marzyński zapisał cały swój majątek na cele publiczne, m. i. po 6000 rb. na szpital dziecięcy przy ul. Kopernika, na Pogotowie ratunkowe i na kolonie letnie, 4500 dla sanatoryum w Rudce, 4000 na zakład dla rakowatych, 3000 dla rekonwalescentów.

— W Białymstoku stanie kosztem miasta nowy szpital na 150 łóżek.

Łódź. Na wzór Warszawy tworzy się w Łodzi z inicyatywy Dr Łuczyckiego komisya złożona z lekarzy i techników, przedstawicieli Towarzystwa technicznego, lekarskiego i higienicznego, która zajmie się opracowaniem spraw sanitarnych dla przyszłego samorządu miejskiego.

— Podejmując walkę z ospą, postanowiło Towarzystwo lekarskie na zasadzie wniosków komisyi, wybranej dla tej sprawy, a złożonej z Dr B. Łuczyckiego, H. Ruegera i St. Skalskiego, zwrócić się do inspekcyi fabrycznej o ściślejsze przestrzeganie przepisów z r. 1896 co do szczepienia w fabrykach, dalej do duchowieństwa wszystkich wyznań o propagandę szczepienia w najszerszych warstwach ludności.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 18. III. do 25. III. 1912 przypadków: ospy 2, duru osutkowego 1, róży 1 † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Zarząd instytucyi: »Kaiserin Friedrich Haus für das ärztliche Fortbildungswesen« w Berlinie (N. W. 6. Luisenplatz 2—4) prosi nas o zaznaczenie, że instytucya ta udziela lekarzom, przybywającym na studya do Niemiec bezpłatnie wszelkich objaśnień o kursach uzupełniających, zakładach lekarskich, zbiorach i t. p. Najlepiej zażądać informacyi listownie jeszcze przed przyjazdem. Instytucya, której dyrektorem jest prof. Kutner, jest publiczną.

— Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu znajdowały się wykłady Dr S Dzierżgowskiego: »W sprawie powstawania antytoksyny przeciwbłoniczej u koni w warunkach ich życia naturalnego«, oraz Dr St. Ostrowskiego: »O urobilinuryi i urobilinogenuryi u osesków«.

— W Peszcie funduje miasto szpital dla chorych na gruźlicę z 410 łóżkami kosztem 4,2 milionów koron. Podobne szpitale, po 50 łóżek, powstają współcześnie w 5 większych miastach węgierskich.

— Rosyjska Rada ministrów odrzuciła wniosek, podpisany przez 83 członków Dumy, o reformę sanitarną i utworzenie ministerstwa zdrowia, motywując odmowę tem, że państwowy urząd zdrowia opracowuje już reorganizacyę państwowego ustroju sanitarnego. Celem rewizyi ustawodawstwa sanitarnego rosyjskiego tworzy też rząd rosyjski komisyę, złożoną z członków państwowej Rady zdrowia, z państwowego inspektora lekarskiego, przedstawicieli ministerstw i urzędów miejskich.

— Nowy Wydział lekarski postanowił rząd rosyjski utworzyć w Rostowie nad Donem.

Sprostowanie. W Nrze 12 »Przeglądu lekarskiego« str. 225 w dziale streszczeń z okulistyki nazwisko autora zamiast »Żwikowski« czytaj Żurkowski.

Redakcya otrzymała. Jekels: Szkic psychoanalizy Freuda. Lwów 1912, stron 92. — Prof. W. Reis: Beitrag zur Kenntniss der bei Quecksilberbehandlung vorkommenden Zylindrurie. Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. — Magistrat m. Warszawy (Wydział dobroczynności publicznej). Księga pamiątkowa 1908/1909. Str. 648. — Franke: Znaczenie fizyologiczne części przedsionkowo-komorowej układu przenośnego serca. Odb. Tyg. lek. 1911. — Franke i Schusterówna: O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach t. zw. gośćcowych ostrych. Kraków 1912.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 3. Cena 3 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Zeszyt marcowy, przeznaczony na rozprawy z zakresu chorób trawienia, przemiany materyi i krwi, zawiera tym razem prace istotnie bardzo zajmujące. Prof. Fleiner w rozprawce p. t. »Cielesna i duchowa strona w rozpoznaniu i leczeniu«, poruszając udział psychologii w medycynie praktycznej, daje wyraz nowoczesnemu zwrotowi w tej dziedzinie, przez czas pewien niesłusznie zaniedbanej. Prof. Lüthje za temat swego artykułu wziął »Rozwój nauki o dnie (artrytyzmie)«, omawiając chemię ciał purynowych, patochemię dny, nowsze teorye tej choroby, rozpoznanie różniczkowe i leczenie. Prof. Erich Mayer zestawia nowsze badania dotyczące narządów krwiotwórczych, oraz białaczki.

Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.